استراتيجية العلاج النفسي المعرفي
في
علاج الذهان المبكر والحاد



الأستاذ الدكتور

أحمد ابراهيم الباسوسي

استشاري بقسم الأمراض النفسية

كلية الطب - جامعة القاهرة

مركز الاسكندرية للكتاب

٤٦ ش الدكتور مصطفى مشرفة

الأزاريطة ت ٤٨٤٦٥٠٨

استـــراتيجيـــات العلاج النفسي المعرفي في علاج الذهان المبكر والحاد

الأستاذ الدكتور

احمد ابراهيم الباسوسي

استشاري بقسم الأمراض النفسيـــة

كلية الطب – جامعة القاهرة

٢٠١٣

مركز الإسكندرية للكتاب

٤٦ ش د. مصطفى مشرفة – الأزاريطة

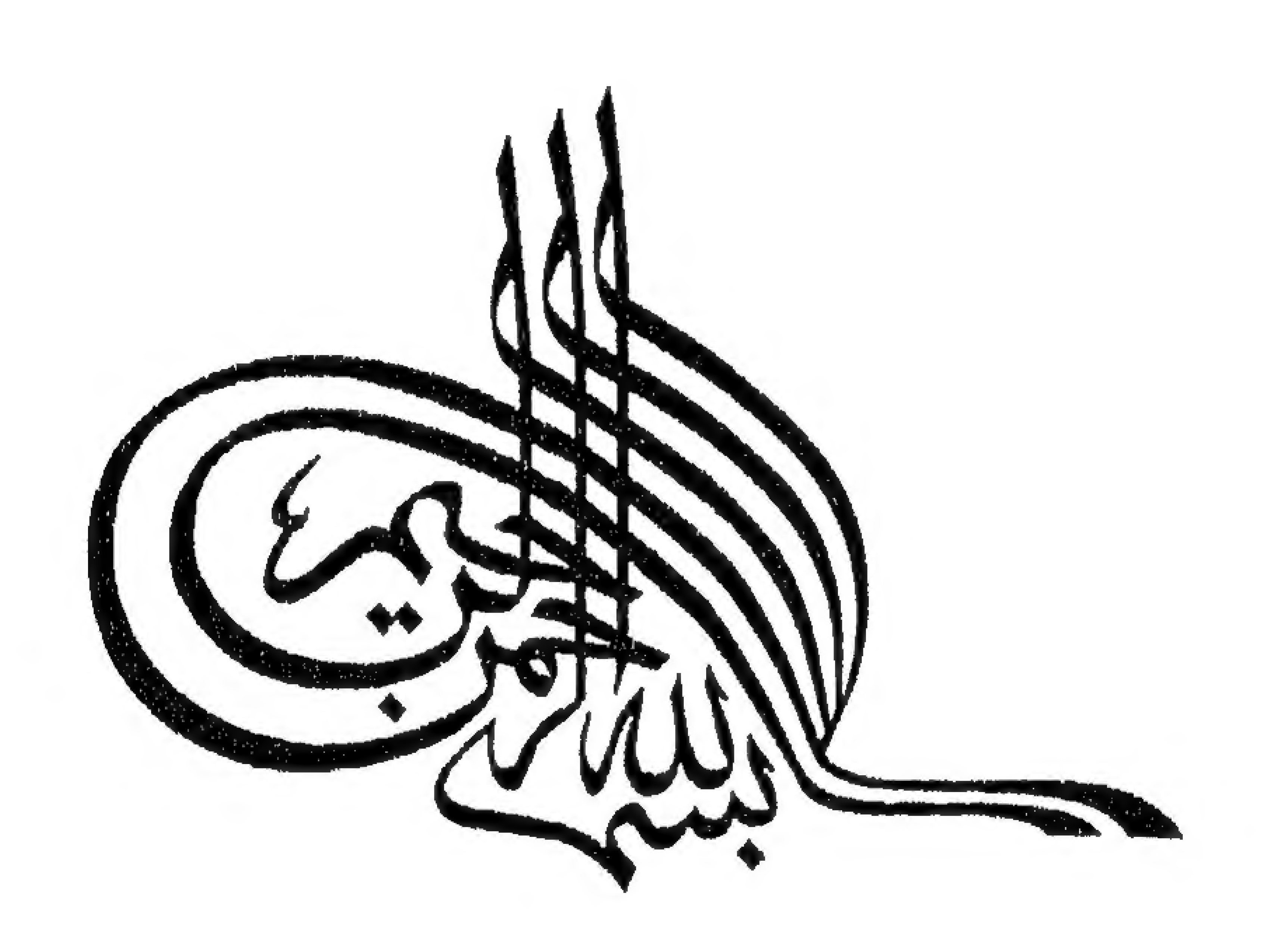
ت. ف: ٠٠٢٠٣٤٨٤٦٥٠٨

alexbook.center@yahoo.com

ifatma29@yahoo.com

رقم الايداع : ٣٣٢٨ / ٢٠١٣

الترقيم الدولى : ٩٧٨٩٧٧٣٨٨٣٣٢٨


بسم الله الرحمن الرحيم

محتويـــــــات الكتاب

المقدمة

يذكر آرون بيك ان ثمة خللا جوهريا في التفكير لدى مرضى الأمراض النفسية ، وينعكس هذا الخلل بصورة منهجية على الطريقة التي يتفهم بها المرضى ، ويفسرون ما يمر بهم من تجارب حياتية معينة .

وبتحديد هذا الخلل في التفسير ومحاولة تصحيحه عن طريق اقتراح البدائل يمكن التقليلَ من الأعراض الاكلينيكية بصورة مباشرة (جوديت بيك، ترجمة طلعت مطر، ص ٢٠٠٧،١١).

ويهدف هذا الكتاب ببساطة الى البحث في الاستراتيجيات التي يطرحها العلاج النفسي المعرفي لعلاج حالات الذهان المبكر ، مع طرح نماذج علاجية معرفية/سلوكية تهدف الى السيطرة على الهلاوس والضلالات لدى المرضى الذهانيين .

ومع التسليم بصعوبة المسألة ،ومشقة هذا الأمر على المعالجين والمرضى، بسببَ المشكلات الاكلينيكية والعملية ،وما يستتبعهما من مشكلات تتعلق بالمناهج المستخدمة وفق هذه الأطر.

اضافة الى قدرة صمود هذه النوعية من العلاجات على الاستمرار دون حدوث انتكاسات للمريض على المدى القصير ،أو البعيد . يظل الأمل في هذه النوعية من العلاجات السلوكية /المعرفية ، وأيضا كافة المناحى التي تبتعد عن ضرورة الحلول الدوائية الكيميائية ، محور اهتمام الكلينيكيين والباحثين في المجال ،للخروج في نهاية المطاف بمنظومة علاجية معرفية (شاملة) تحقق التوازن المفقود في علاقة مريض الذهان (محور اهتمام هذا الكتاب) بإدراكاته ، ومعارفه، وعواطفه ، وسلوكه .

والحق إن هذا المجال من البحث تنامى كثيرا خاصة في العقود الاربعة الأخيرة ، بفضل الإسهامات الهامة لعلم النفس المعرفي وبخاصة الجانب التطبيقي الإكلينيكي منه والذي أحدث ثورة (بلا مبالغة) في ابتكار أساليب علاجية قائمة على أساس التدخل .

السيكولوجي البحث في حالات مرضية توصف بأنها صعبة ، ومستعصية مثل الاكتئاب ، والوسواس القهري ، وأعراض القلق ، والمخاوف بأنواعها وحالات الهلع وأخيرا حالات الفصام المزمن ، والذهان المبكر والحاد موضوع هذا الكتاب .

ولعلنا في نهاية الأمر قد نتفق على ان القاء الضوء على تلك الاساليب السيكولوجية التي يمكن ان تكون مدعومة بالأساليب الطبية التقليدية (أدوية بمختلف الوانها وانواعها واشكالها ، اضافة الى الجلسات المنظمة لكهرباء الدماغECT) ، أو ان تكون موازية لتلك الاساليب ، كما في الكثير من الحالات التي يمكن (وبالضرورة) الاستغناء عن تلك الاساليب الطبية التقليدية عند التعامل معها .

قد يؤدي القاء الضوء على تلك الاساليب المعرفية السلوكية الى تهيئة المناخات المناسبة للتوسع في استخدامها من قبل الممارسين المختصين .

بالإضافة الى تكريس وتدعيم فكرة الفريق العلاجي team work، حيث لا يمكن استخدام تلك الاساليب بمعزل عن السياق العلاجي المتكامل ، وفي ظروف بيئية صحية داعمة لفكرة التكامل العلاجي ، والجدل والنقاشات التي تثري العقول والخبرات ، وتدعم بالتأكيد فكرة الجودة العلاجية المنشودة.

ويشتمل الكتاب على أربعة فصول :

الفصل الأول : يتناول الذهان وضوء في نهاية النفق ويشتمل على حقائق لابد منها عن جسامة مشكلة الذهان (الفصام) ، وحتمية التدخل المبكر ، وأخيرا تأثيرات ايجابية للعلاج المعرفي بالنسبة لحالات الذهان (الفصام) .

والفصل الثاني : يعرض للاضطرابات الذهانية من منظور اكلينيكي تشخيصي ، ويتناول تعريف الذهان ، والصورة الاكلينيكية للاضطرابات الذهانية ، واخيرا الفصامولا اضطرابات المعرفية.

والفصل الثالث : يتناول العلاج النفسي المعرفي لحالات الذهان المبكر من حيث : المنظور التاريخي لتطور هذا النوع من العلاج ، والاتجاهات الحديثة في العلاج النفسي المعرفي من منظور نقدي تقييمي.

والفصل الرابع : يتناول العلاج النفسي المعرفي لحالات الذهان المبكر (الحاد) من حيث المنظور التاريخي لتطور الأعراض ، والبحوث المتعلقة باستراتيجيات التدخل بالعلاج النفسي المعرفي .

والفصل الخامس : يعرض لنماذج علاجية مقترحة للتعامل مع حالات الذهان المبكر والحاد ، من حيث تقديم قائمة بتجميع البيانات الديمجرافية ، ومقابلة اكلينيكية محددة البناء ، وورقة تقييم ذاتي لكل من

الاعراض السلبية للفصام (خاصة بالمعالج) ،وشدة رسوخ المعتقد الضلالي ، وشدة رسوخ الهلاوس، وأخيرا العلاج النفسي السلوكي / المعرفي للسيطرة على الهلاوس والضلالات (العلاج الفردي ، ثم العلاج النفسي السلوكي/المعرفي للسيطرة على الهلاوس وأعراض الفصام السلبية (علاج جماعي) .

والله الموفق دائما وابدا

المؤلف

د. احمد ابراهيم الباسوسي

الفصل الأول

الذهان ... وضوء في نهاية النفق

الفصل الأول

الـــذهان وضوء في نهايـــة النفق

حقائق لابد منها عن جسامة مشكلة الذهان (الفصام) :

يعتبر الفصام اضطراب ذهاني (أو مجموعة من الاضطرابات الذهانية).ويتميز بإحداث خلل جسيم في تفكير الشخص وعواطفه وسلوكه (Martian, 2001).ويعتبره الباحثون والممارسون في مجال الطب النفسي بمثابة حالة استثنائية من العجز الإنساني ، يبدأ مع سنوات الشباب المبكرة جدا (قبل سن العشرين غالبا) ويصيب أكثر من (1%) من السكان . ويؤدي في كثير من الحالات إلى إحداث عجز جسيم لدى الأفراد المصابين ، وذلك بدرجة كافية لعزلهم تماما عن الواقع وشل حركتهم في التواصل مع الواقع ، والحياة بصفة عامة . ويذكر ايفيجونستون وتيم كرو Eve johnstone& Tim crow إن جسامة وصعوبة المشكلات المرتبطة بالفصام تترك انطباعات مغالية في التشاؤم. وعلى الرغم من ان هناك أيضا تطورا مثيرا في مناحي العلاج ، لكن هذا التطور لم يكن كافيا لأن يقدم شيئا ملموسا للمرضى . (Lewis,2000).

والأشخاص اللذين يعانون من الفصام يشغلون أكثر من (50%) من أسرة المستشفيات في وحدات الطب النفسي ، و(25%) من كل أسرة

المستشفيات . كذلك بينت البحوث إن غالبية المرضى يتم تشخيصهم بالفصام في مرحلة المراهقة المتأخرة .وتظهر الأعراض عموما في أي مرحلة من دورة الحياة.

ونسبة انتشار المرض بين الذكور الراشدين إلى الإناث نحو (2:1)، ويتعرض المرضى الذكور لأول نوبة فصامية حادة قبل سن العشرين بينما عند الإناث قبل سن الثلاثين مباشرة (Martian, 2001).

ولان الفصام يبدأ عادة في سن مبكرة فانه يتسبب في احداث اضطرابات دالة وممتدة ، حيث يتزايد الطلب على دخول المستشفيات، والعيادات ومراكز التأهيل وخدمات الدعم . وقدرت التكاليف المالية للمرضى الذهانيين في الولايات المتحدة بما يزيد عن التكاليف الخاصة بأمراض السرطان في جميع مراكزه العلاجية.

وفي عام (1990)من القرن الماضي قدرت التكاليف المباشرة وغير المباشرة في الولايات المتحدة بالنسبة لعلاج الفصام بنحو (33) بليون دولار أمريكي . وفي عام (1955) كان مجموع عدد الأسرة التي يشغلها المرضى بالاضطرابات العقلية ، ومعظمهم من الفصاميين (500.000) سرير . انخفض هذا العدد إلى النصف خلال الأربعون سنة الماضية نتيجة لتغير اتجاهات

العلاج وشكل رعاية المرضى حيث تحول الأمر من رعاية طويلة المدى إلى تقديم خدمات للحالات الحادة مع البقاء في المستشفى لفتـــــرات قصيرة المدى . (Buchanan, R.W.,& Carpenter, W.T.,1996). وفي بريطانيا بلغت التكاليف السنوية لعلاج الفصام (2.6) بليون جنيه إسترلينيا ، بينما في كندا بلغت التكاليف (2.35) بليونا إسترلينيا & Frangou .s.) . (Patrick , B., 2000. ونعيدِ التذكير إن هذه المبالغ لتغطية تكاليف العلاج ، لا يدخل ضمن نطاقها الخسائر المالية الفادحة نتيجة لفقدان الطاقات الإنتاجية والإبداعية لنحو (1%) من مجموع السكان غالبيتهم في سن الشباب أصيبوا بالفصام وانسحبوا عن الواقع والمجتمع بعد اضطراب وظائفهم النفسية والانفعالية والمعرفية والاجتماعية .

الهدف : حتمية التدخل المبكر بالعلاج :

تشير البحوث إلى تنامي أدلة تؤكد كلها إن المراحل المبكرة من الفصام تكون حرجة في تشكل ، والتنبؤ بمسار وعائد المرض (Loebel,A.D.,et.al,1992). ويؤكد برايكلي على أهمية التدخل المبكر عن طريق الأدوية والعلاج النفسي ، لأن ذلك من شأنه التقليل إلى حد كبير من تطور الذهان خاصة لدى شباب ، وكذلك تأجيل أو منع التدهور المحتمل حدوثه بالنسبة للحالات المرشحة للذهان (Barclay, L., 2002).

ومن ثم نجد اهتماما بحثيا وإكلينيكيا واسع النطاق بالكشف عن المراحل المبكرة للمرض . وذلك على الرغم من تلك الطبيعة الماكرة له التي تخفي في أغلب الأحيان علامات التعرف المبكر عليه.حيث يبدوا ضمن خلفية من المظاهر العصابية مثل القلق الاجتماعي ، الهلع ،الاعتداءات، والافكار الوسواسية ، وأيضا السلوك المضاد للمجتمع ، أو تعاطي المواد المخدرة .

هذه المظاهر العصابية قد تسيطر على مجمل الصورة الإكلينيكية للمرض وتعوق من الكشف عن الذهان في مرحلة مبكرة (Hanfner,H.,et al, 1995).

ويؤكد كل من فرانجووباتريك على أهمية الكشف المبكر عن المرض، ومن ثم تقديم العلاج حيث يؤدي هذا الأمر الى توقع مآل Prognosis أفضل ، وكذلك تتحسن الوظائف المضطربة للمرضى (Frangou.S. &Patrick.B., 2000) ويصل فيرسما وزملائه إلى نتيجة بالغة الدلالة خلال مسحهم لتراث البحوث المتعلقة بهذه المسألة إذ تبين انه على الرغم من إن (80%) من المرضى بالنوبة الأولى من الفصام يتم شفائهم فان أكثر من (70%) منهم يصاب بنوبة ذهانيه ثانية خلال (5-7) سنوات .(Wiersma.D.,et al,1998) .

وبعد التعافي من الأعراض الإكلينيكية يجد المرضى صعوبة في استعادة تكاملهم الشخصي ، وعلاقتهم بالواقع .حيث تنخفض إنجازاتهم الشخصية ، خاصة ما يتعلق بالتعليم ، والعمل ، وكذلك علاقتهم بالآخرين .

وتتطلب هذه المرحلة برنامجاً مكثفا من إعادة التأهيل لمساعدة المريض على تجاوز مشكلات المراحل السابقة ، وينبغي حدوث هذا التدخل في المرحلة المبكرة (Marshall, M., &Lockwood, A.,2000).. لذا تتضح أهمية والهدف من بحث هذه المسألة ، ويتمثل في كيفية الإحاطة بحالات الذهان في طورها المبكر ، وقبل أن تستقر الأعراض وتترسخ ، وممارسة التدخلات العلاجية المناسبة عن طريق استخدام أساليب العلاج النفسي المعرفي ، بهدف منع أو إيقاف التدهور المحتمل لا سيما في الوظائف التكيفية للمريض . وأيضا الارتقاء بمهاراته النفسية المعرفية للتعامل مع ، ومواجهة واقعة الحالي.وكذلك تعليمه بعض المهارات الجديدة لمساعدته على تنظيم أموره ، ومواجهة مواقف الانتكاس إن حدثت ، وأساليب التعامل معها .

تأثيرات ايجابية للعلاج النفسي المعرفي بالنسبة لحالات الذهان:

حدثت وفرة في البحوث التي تكشف تأثير التدخل عن طريق العلاج النفسي المعرفي في التعامل مع الأعراض الذهانية ، منها بحث جاكسون وزملاؤه Jakson.H., et al, 1998 ، الخاص بالعلاج النفسي ذو التوجه المعرفي لحالات الذهان المبكر .وبحث فايكس وزملاؤه Wykes.T.,et al,1999 الخاص بتأثيرات استعادة التوازن العصبي المعرفي على مهارات تنفيذ العمليات لدى المرضى الفصاميين ، وخلصت نتائج البحثين إلى إن العلاج المعرفي مفيد في التقليل من الضلالات والهلاوس المستمرة.

كما ان عملية استعادة التوازن المعرفي تتم في سياق برنامج يهدف تأهيليا إلى علاج الخلل المعرفي عن طريق تعليم المريض مهارات للتفكير، وتحسين الوظائف الاجتماعية .

وخلص كورماك وزملائه في بحثهم المشتمل على مسح تراثي للبحوث الخاصة بتأثيرات العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفصام ، الى إن " العلاج السلوكي /المعرفي يبدو واعدا في حالات الفصام وانه يوجد حاليا قاعدة بيانات تؤكد استخدامه على نطاق واسع على مرضى الفصام والاضطرابات الذهانية . وان الكثير من هذه المحاولات لعلاج الفصام بالمنحى السلوكي المعرفي يمكن تبريرها إكلينيكيا وبحثيا ، خاصة بالمقارنة بالاتجاهات الغير داعمة لاستخدام هذا المنحى في علاج الفصام (Cormac ,I.,et al , 2003) .

وخلصت كل تلك الابحاث الى ان هناك دلائل علمية متنامية تشير بوضوح ان العلاج السلوكي المعرفي وأيضا العلاج الأسري لهما فعالية دالة في علاج الأعراض الذهانية

.(Haddock,G.Lawis,S,2005).(Birchwood,M:Trower,P,2006)

الفصل الثاني

الاضطرابات الذهانية

من منظور اكلينكي تشخيصي

الفصل الثـــاني

الاضطرابات الذهانية من منظور اكلينيكي تشخيصي

أولا : التعريف بالذهان Psychosis

كلمة ذهان أو Psychosisمركبة ، ومستمدة من تعبير اغريقي قديم وهو Psyche أي العقل أو النفس·و Osis وتعني الحالة المضطربة أو المشوشة . وتشير الكلمة بصفة عامة الى الحالة غير الطبيعية للعقل .

والكلمة في حد ذاتها تعتبر اصطلاح طب نفسي له مضامين وراثية للحالة العقلية التي توصف عادة مقترنة بفقدان التواصل مع الواقع . والافراد اللذين يعانون من الذهانPsychosis يوصفون بانهم ذهانيون Psychotics .

ويظهر الذهان خلال العديد من الاشكال الحادة من الاضطراب النفسي مثل الهلاوس ، الضلالات ، واضطراب الاستبصار (Gelder, Michael,p.12, 2005). واصطلاح الذهان يتسع جدا ليتضمن بداية من اولئك الافراد الذين يخبرون اعراضا غير سوية نسبيا ،وحتى اولئك الذين يخبرون اعراضا مركبة ومعقدة مثل الاعراض الكتاتونية والفصام والاضطرابات احادية القطب ..(Gelder, Mayou& Geddes 2005) . . علاوة على ذلك التنوع الواسع في امراض الجهاز العصبي المركزي بداية من كل من حالات التسمم

الخارجي ، وكذلك الامراض العضوية الداخلية التي يمكن ان تتسبب في احداث اعراض الدهان . الأمر الذي حدى بالكثير من الباحثين الاختصاصيين ان يقررون ان الذهان ليس محددا بدرجة كافية لجعله اصطلاحا تشخيصيا . وعلى الرغم من ذلك فان الذهان بصفة عامة ينجم عنه عجز يمكن ملاحظته في السلوك الطبيعي (الأعراض السلبية) .والأكثر شيوعا تلك الانواع المختلفة من الهلاوس أو المعتقدات الضلالية (الأعراض الايجابية).

(American Psychological Association (APA), 1994 The Diagnostic and Statistical Manual Revision IV (DSM-IV). Gelder, Mayou& Geddes, 2005)

والافراد الذين يخبرون بالذهان يظهرون تغيرات في الشخصية ، ويضطرب تفكيرهم ، ويعتمد ذلك على درجة حدة التغيرات والاضطراب . واحيانا يكون الأمر مصحوبا بسلوكيات شاذة ، وأيضا صعوبات تتعلق بعلاقاتهم الاجتماعية مع اضطراب واضح في درجة تحملهم لأعباء حياتهم اليومية العادية .فالذهان اذا عرض أو صورة من الأمراض العقلية يتميز بتغيرات حادة في الشخصية Personality . بالإضافة لخلل عام في الوظائف وتشوه أو عدم وجود معنى للواقع الموضوعي أصلا Objective reality . (paula,M., 1999)

والتعريف الأضيق للذهان أنبنى على أساس إن الذهان يقتصر على الضلالات delusionsسواء مع أو بدون وجود هلاوس hallucinations ويحدث ذلك في غيبة عن الاستبصار بالطبيعة المرضية .

والتعريف الأقل تقيدا تضمن الهلاوس الظاهرة التي يدركها الفرد باعتبارها خبرات هلوسية hallucinatory experiences. وتضمن التعريف الأوسع للذهان الأعراض الإيجابية الاخرى من الفصام مثل الكلام غير المترابط disorganized speech والتفسخ الجسيم أو السلوك الكتاتوني grossly Disorganized Or catatonic behavior (DSM-1V ,pp.273-274, 1994).

وعلى خلاف التعريفات التي انبنت على أساس الأعراض فالتعريفات التي استخدمت في النظم التشخيصية الأقدم مثل الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي الثاني DSM-11 والتصنيف التشخيصي الدولي التاسع ICD-9 ركزت على حدة الاضطراب الوظيفي functional Impairment. لدرجة إن الاضطراب العقلي اصطلح على تسميته بالذهان إذا نتج عنه اضطرابا يعوق بدرجة جسيمة من قدرة الفرد على مجابهة متطلبات الحياة اليومية العادية .

ثم أخيرا تم تعريف الاصطلاح باعتباره فقدان لحدود الانا أو خلل جسيم في اختبار الواقع realty testing وادراك الفرد لهذا الواقع (DSM-1V, P.273. 1994).,ويظهر تحديدا في الضلالات أو الهلاوس أو الكلام المضطرب أو السلوك المضطرب أو الكتاتوني .

ويطلق مصطلح "ذهانيون" على الأشخاص ذوي الاضطرابات التالية : الفصام ، الاضطرابات الضلالية ، وبعض الاضطرابات الثانوية أو التي تظهر في

شكل أعراضا مميزة (الذهان العضوي organic psychoses وبعض اضطرابات المزاج .(Edgerton&Campbell, p.175, 1994) .

ونخلص من هذا إن المرضى اللذين يعانون من الذهان يكون لديهم اضطراب في القدرة على اختبار الواقع ، ومن ثم لا يستطيعون تمييز الخبرة الشخصية الذاتية عن الواقع في العالم الخارجي . فهم يخبرون الهلاوس والضلالات ويعتقدون إنها واقع ويتصرفون ويتواصلون مع الآخرين بطريقة غير ملائمة وغير متسقة مع ذلك الواقع (Paula,M., 1999).

وكما ذكرنا آنفا فالذهان ربما يظهر كعرض في العديد من الاضطرابات العقلية يتضمن في ذلك الفصام Schizophrenia واضطراب الفصام الشكلي Schizophreniform disorder واضطراب الفصام الوجداني Schizoaffective disorder والاضطراب الضلالي Delusional disorder والاضطراب الذهاني الشراكي Shared psychotic disorder و أيضا الاضطراب الذهاني الناجم عن حالة طبية عامة ، واخيرا الاضطراب الذهاني نتيجة الاعتماد على المواد المخدرة (Ibd, 1999) . ومن ثم فان مصطلح ذهاني يشير إلي الضلالات أو يشير فقط إلي تلك الهلاوس التي لاتكون مصحوبة بالاستبصار . أما في حالات الاضطراب الضلالي أو الاضطراب الذهاني الشراكي فان مصطلح ذهاني يعادله مصطلح ضلالي . ونتناول في السياق التالي الصور الاكلينيكية للذهان كما تتضح في كل هذه الاضطرابات.

ثانيا: الصورة الاكلينيكية للاضطرابات الذهانية

تتضح الصورة الاكلينيكية للذهان عامة من خلال الأعراض والزملات المرضية التالية :

أولا: الضلالات delusions

على الرغم من عدم وجود مفاهيم محددة للجنون منذ آلاف السنين ، فان الطبيب النفسي والفيلسوف الألماني كارل جاسبرز Karl Jaspers يعتبر أول من حدد ثلاثة محكات اساسية للمعتقد الضلالي وذلك في كتابه الشهير علم السيكو باثولوجي العام General Psychopathology الذي صدر عام 1913(Jaspers,Karl,1913). وهي :

اولا: اليقينية certainty (الاقتناع المطلق بالمعتقد).

ثانيا: عدم امكانية تغييره incorrigibility (غير قابل للتغيير بقوة الحجة المضادة ، أو الدليل المقابل)

ثالثا: تعذر التصديق أو زيف المحتوى impossibility or falsity of content(المحتوى غير قابل للتصديق ، شاذ ، أو اختراع غير حقيقي). (Jaspers ,p.106,1997.

والأكثر من ذلك انه في حالة تضمن المعتقد الزائف لحكم قيمي ، فانه يعتبر ضلالا في حالة واحدة فقط اذا كان متطرفا للغاية لدرجة انه لا يمكن اتيان الدليل على صحته (Terms in the field of psychiatry and

(Neurology,2010 . والضلالات عبارة عن معتقدات راسخة بقوة في قناعات الشخص على الرغم من الدلائل القوية التي تشير الى نقيض هذه المعتقدات(Princetion-Wordent,2011).

وبخلاف الهلاوس تكون للضلالات اشارات مرضية (نتيجة لمرض أو لعمليات مرضية) (Ibd,2011).وباعتبارها مرض يمكن تمييزها عن المعتقد المبني على اساس معلومات خاطئة أو غير مكتملة ، مثال : التحريفconfabulation، التخييلات illusions،المعتقدات الاحادية التوجه الثابتة ، المتعلقة باتجاه سياسي أو ديني معين dogma، أو نتيجة مؤثرات تؤدي الى تشويش الادراك الشخصي مثل تعاطي المخدرات ، والكحوليات ، أو التعرض لحالات غير طبيعية جسديا (مرض جسدي خطير مثلا ، أو ضغط نفسي غير محتمل) .

وتحدث الضلالات في سياق من المرض العقلي أو العصبي . وعلى الرغم من عدم تقيدها بوجود امراض معينة ، فقد وجد انها تحدث في سياق العديد من الحالات المرضية (سواء جسدية أو عقلية) .

مع ذلك فان للضلالات اهمية تشخيصية مميزة في الاضطرابات الذهانية التي تتضمن الفصام ، البارافرينيا ، نوبات الهوس من الاضطراب ثنائي القطب ، و الاكتئاب الذهاني .ويشتمل الذهان على المعتقدات الضلالية ، حيث يتخذ بعضها شكلا له طبيعة بارانودية Paranoid.

وصنف جاسبرر الضلالات الذهانية الى نوعين هما : **ضلالات أولية** ، **وضلالات ثانوية** .

الضلالات الاولية تتحدد باعتبارها تلك الضلالات التي تظهر فجأة ولا يمكن فهمها في سياق ظروف العمليات العقلية الطبيعية .

بينما **الضلالات الثانوية** يمكن ان تكون مفهومة وتتأثر بخلفية الشخص أو موقفه الحالي (على سبيل المثال:الضلالات ذات المحتوى الاخلاقي ، أو الديني، والمعتقدات ، و المعتقدات الخرافية) (Jasper,K.,1997) .

وهذه الضلالات التي تحدث في الفصام وأشكالها المتعلقة تكون شاذة (لايمكن حدوثها في الحياة الواقعية) . بينما الضلالات التي تحدث في الاضطراب الضلالي تكون أكثر معقولية وقبولا ، لكن تظل غير حقيقية على الإطلاق .

وفي بعض الحالات تكون الضلالات مصاحبة لمشاعر لبارا نويا(Paula,M., 1999).

والمنظور التاريخي للضلالات لدى جاسبرز لم يجد صدى لتدعيمه خلال البحوث الحديثة التي انتقدت تعريفاته للمعتقدات الضلالية في سياق من طرح أمثلة مضادة لما طرحه جاسبرز والتي اكدت على تباين الضلالات من حيث الحدة ، والاقتناع على مدار الزمن ، الامر الذي يجعل كل من مكوني

جاسبرز اليقينية ، وعدم امكانية تغيير المعتقد لا يمكن اعتبارهما مكونين ضروريين في المعتقد الضلالي . (Myin-GermeysI,Nicolson NA,2001)

ويقدم الدليل الامريكي الاحصائي التشخيصي الرابع في طبعته المنقحة تعريفا موجزا للضلالات بصفة عامة ، حيث يعتبرها معتقدات خاطئة تتضمن سوء تأويل للمدركات أو الخبرات ، ويحتوي مضمونها على العديد من الموضوعات المتنوعة مثل الاضطهادية Persecutory والاشارية Referential والجسدية somatic والدينية Religious وضلالات العظمة grandiose (DSM-1V,P.275,1994) .

انواع الضلالات :

صنفت الضلالات الى اربعة مجموعات مختلفة وهي :

الضلالات الشاذة Bizarre delusions : وتتميز بشدة غرابتها ، وعدم قابليتها للتصديق ، وهذه الضلالات يعكس محتواها وجود فقدان للسيطرة على العقل والجسد وهي تلك المتضمنة في قائمة شنايدر للأعراض من الدرجة الأولى Schneider's list of "first-rank symptoms . والتي اعتبرت بصفة عامة شاذة وتتضمن اعتقاد الشخص بان أفكاره تسحب منه بواسطة قوى من الخارج "سحب الأفكار" thought withdrawal ، والاعتقاد بوضع أفكارا غريبة داخل راسه " إقحام الأفكار" though insertion ، أو ان جسده

أو تصرفاته مسلوبة منه أو تدار بواسطة قوى خارجية "ضلالات التحكم " delusions of control .

ومن الأمثلة الشائعة أيضا على هذا الضلال الشاذ الاعتقاد بان هناك شخصا ما ازال مخ المريض المصاب.أو ان شخصا غريبا أزال اعضائه الداخلية واستبدلهم بأعضاء شخص آخر دون ان يترك ورائه ندب أو جرح .

وعلى الرغم من إن الضلالات الشاذة اعتبرت من خصائص الفصام فانه من الصعب تقييمها خاصة عبر الثقافات المختلفة .

والضلال يمكن اعتباره شاذا إذا كان مستحيل تصديقه وغير قابل للفهم، وايضا غير مستمد من خبرات الحياة العادية للمريض .

الضلالات غير الشاذة Non Bizarre delusion : وهي عبارة عن فكرة زائفة ولكن قابلة للتصديق على الأقل . مثل اعتقاد الشخص المصاب غير الصحيح بأنه تحت المراقبة المستديمة من البوليس .

ضلال منسجم مع المزاج Mood-congruent delusion :
محتوى هذا الضلال يتسق مع الحالة الاكتئابية أو الهوسية التي يمر بها الشخص المصاب ، فعلى سبيل المثال نجد ان الشخص المكتئب يرى ان الاخبار التي يشاهدها في التلفاز مستهجنة منه تماما ، أو ان الشخص في حالة الهوس يعتقد انه اله قوي .

ضلال محايد مع المزاج Mood-neutral delusion : لايتعلق هذا الضلال بالمعاناة من حالة انفعالية معينة (اكتئابيه أو هوسيه) وعلى سبيل المثال اعتقاد الشخص بان هناك اطرافا اضافية تنمو من خلفية رأسه دون ظهور مشاعر معينة نتيجة لهذا الضلال ومن ثم لايبدو الضلال انعكاسا لحالة انفعالية معينة سواء اكتئابيه أو هوسيه.

(http://www.minddisorders.com/Br Del/Delusions.html).

موضوعات الضلالات:

تتباين موضوعات الضلال بحسب الحالة ، وحدة المرض ، وكذلك السُياق الثقافي الاجتماعي المتعلق بالمريض ، وعلى الرغم من ان الضلال يمكن ان يتخذ أي موضوع بعينه فان هناك موضوعات معينة أكثر شيوعا وهي :

ضلال التحكم Delusion Of Control : عبارة عن معتقد زائف بأن هناك شخص ما أو مجموعة من الأشخاص أو قوة خارجية تسيطر على افكار المريض ومشاعره واندفاعاته أو سلوكه .

ضلال كوتارد Cotard delusion : عبارة عن معتقد زائف بان المريض غير موجود أو انه اصبح ميتا . (Berrios GE.,Lunqe R,1995) .

الغيرة الضلالية Delusional Jealousy :والشخص في سياق هذا الضلال يترسخ لديه اعتقادا زائفا بان شخصا ما يكذب عليه أو ان زوجته أو عشيقته تخونه ، على الرغم من عدم وجود ادلة تدعم هذه المزاعم .

ضلال الذنب أو ارتكاب اثم أو ضلال اتهام الذات Delusion :Of guilt OR SIN(or delusion of self –accusation) يسيطر على الشخص شعور زائف بالندم أو ارتكاب ذنب ضلالي شديد .

ضلال قراءة الأفكار Delusion of mind being read : يسيطر على الشخص معتقد زائف بأن الآخرين يمكنهم معرفة أو قراءة افكاره .

ضلال الاشارة Delusion of reference : يسيطر على الشخص معتقدات زائفة بان التعليقات ، أو الاحداث ، أو الموضوعات غير الهامة في بيئته الشخصية تحمل معاني شخصية أو مهمة في حياته . وفي هذا السياق يعتقد الشخص بان هناك إشارات معينة ، تعليقات ، فقرات من الكتب أو الصحف ، كلمات أغنية أو مثيرات أخري بيئية تكون موجهة تحديدا نحوه .

الهوس الشبقي Erotomania : عبارة عن ضلال حيث يعتقد الشخص المريض بان شخصا آخر واقع في حبه .

ضلال العظمة الديني Grandiose Religious delusion : اعتقاد زائف لدى الشخص المصاب بانه الاه ، أو انه قد اختير ليتصرف مثل الاله ، أو انه المهدي المنتظر .(Raja et all,2011) (Raja.,et al,2000) .

ضلال الجسدنة Somatic delusion : يتعلق محتوى هذا الضلال بالوظائف الجسدية ، والاحاسيس الجسدية ، أو الخبرات الجسدية . والمعتقد

الزائف هنا يتكون عادة على اساس ان الجسد معتل أو غير طبيعي ، أو متغير وان الجسم مبتلى بالأمراض .

ضلال الطفيليات Delusion parasitoids : الضلال في هذا السياق عبارة عن شعور الشخص بان جسده مبتلى بالحشرات ، البكتريا ، السوس ، العناكب ، أو كائنات اخرى . وفي بعض الحالات يتم سؤال علماء الحشرات لفحص تلك الحالات . وفي بعض الحالات تحدث المظاهر الجسدية متضمنة في ندبات على الجلد(DeAngelis,2010) .

ضلال الفقر Delusion of poverty : في سياق هذا الضلال يعتقد الشخص بشدة بانه عاجز تماما من الناحية المادية . وعلى الرغم من عدم شيوعية هذا النمط من الضلالات الآن ، حيث كان منتشرا بصفة خاصة قبل ان تهتم الدولة بدعم ورعاية مواطنيها (Barker, P. 1997) .لكن تبدو الخلفية الثقافية لهذا الضلال متمثلة لدى قطاع غير ضيق من المصريين حيث يجنحون للشكوى باستمرار من سوء الاحوال المادية وصعوبة المعايش ، وذلك خشية الحسد .

والنمط السائد في الصورة الاكلينيكية من الضلالات نوعين:الاضطهاديPersecutory والعظمة Grandiose ، وتفصيلهما على النحو التالي :

ضلال الاضطهاد Persecutory delusion : يعتبر النوع الأكثر شيوعا بين الضلالات ويتضمن موضوعات تتعلق باعتقاد الفرد بان الآخرين

يتبعونه ، ويتحرشون به ، ويخدعونه ، ويحاولون تسميمه ، أو تخديره ، ويتآمرون عليه ، ويتجسسون عليه ، يهاجمونه ، أو يضعون العراقيل ضده كي لا ينجز اهدافه .

وضلالات الاضطهاد حالة ، حيث ينتاب الشخص المريض اعتقادات خاطئة بأنه مضطهد .وتتضمن عنصرين مركزيين هما

اولا: اعتقاد الفرد بان أذى قد حدث له أو في طريقه للحدوث .

ثانيا: اعتقاد الفرد ان هذا الاضطهاد متعمد لإحداث الضرر لديه.

(Freeman, D. &Garety, P.A. , 2004).

والدليل الامريكي الاحصائي التشخيصي الرابع ، الطبعة المنقحة منه حددالضلالات الاضطهادية باعتبارها الشكل الأكثر شيوعا من الضلالات في الفصام . حيث يعتقد الافراد المرضى بانهم معذبين ، ملاحقين ، مخدوعين طول الوقت ،يتم التلصص عليهم ،أو السخرية منهم .

(DSM-1V-TR,p.299,2000) .

ويعتبر الدليل الامريكي الضلالات الاضطهادية بانها المظهر الأساسي للنمط الاضطهادي في الاضطراب الضلالي delusional disorder . وعندما يتم التركيز على علاج الظلم بإجراءات قانونية فان ذلك يسمى احيانا بارا نوياالتشكي(querulous paranoia(ibd,p.325 .

ضلالات العظمة Grandiose delusions : ضلالات العظمة

تتميز بتعظيم النفس وتفخيمها ، والشخص الذي يكابد هذا الضلال لا يكون لديه استبصارا بانه فقد تماسه مع واقعه . وفي سياق هذا الضلال يكون الفرد مقتنعا بان لديه مواهب ، وقدرات ، وقوة خاصة مميزة مقارنة بالآخرين . وفي بعض الاحيان يعتقد الفرد بانه شخص مشهور أو مميز . وضلالات العظمة أو تفخيم الذات ،نمط فرعي من الاضطراب الضلالي ،لكن لا يمكن اعتبارها مظهرا لعرض الفصام أو الاضطراب الهوسى ثنائي القطبbipolar disorder مثلا بالنسبة للضلال ثنائي القطب (DSM-1V-TR,2000) .

وتتميز ضلالات العظمة باعتقادات خيالية عن ان الشخص المريض بهذا الضلال مشهور ، له نفوذ وتأثير ، أو قوي جدا .

والضلالات بصفة عامة خيالية ، وتحدث غالبا مع وجود تصورات خاصة عن الذات باعتبارها خارقة للطبيعة ، أو يكون له قدرات علمية أو دينية مميزة . وهناك استخدام شائع دارج بين الناس لهذا التعبير (ضلال العظمة) أو لهذا الضلال ينسحب على المروء الذي يبالغ في تقدير قدراته ومواهبه ومكانته ، حيث يقال ان هذا الشخص لديه ضلال العظمة . ويكون ذلك نتيجة لمبالغته في اعتداده بنفسه أكثر من كونه ضلالا حقيقيا بالمعنى المرضى ، وجميعنا يتذكر بالطبع ادوار الفنان الراحل خفيف الظل عبد السلام النابلسي في السينما المصرية في هذا الصدد .

ثانيا: الهلاوس Hallucinations

تعرف الهلاوس بالمعنى الواسع بانها عبارة عن مدركات لدى الفرد تحدث في غياب المثير stimulus . وبالمعنى الضيق بانها عبارة عن مدركات تحدث في حالة من اليقظة والوعي في غياب المثير الخارجي الذي له صفة الادراك الحقيقي، حيث يكون واضح ، وحقيقي ، ويقع في البيئة الخارجية الموضوعية.

ويلاحظ ان التعريف الأخير قادر على تمييز الهلاوس عن الظواهر المتعلقة بالأحلام حيث انه في الحلم لا يكون هناك يقظة . وكذلك يميز التعريف الهلاوس عن الخداع illusion الذي يتضمن تشويها أو اساءة تأويل للواقع المدرك .

وتتميز الهلاوس عن التخييلات imagery التي لا تحاكي الواقع الحقيقي ، لكنها ليست خارج السيطرة الطوعية .

وأيضا تتميز الهلاوس عن شبه الهلاوس pseudo hallucinations في ان الأخيرة لا تتضمن ادراكا محاكي للواقع ، لكنها ليست تحت السيطرة الطوعية .(Leo.p,1989)

أيضا تتمايز الهلاوس عن المدركات الضلالية . حيث ان الادراك هنا يكون صحيحا ، ولكن تفسير الشخص للمثير (المدرك الواقعي) يتضمن بعض المعاني الاضافية الجوهرية والتي تكون على درجة نموذجية من الشذوذ والغرابة .

وتحدث الهلاوس في أي من السياقات الحسية التالية : البصرية visual ، السمعية auditory ، الشمية olfactory ، التذوقيةgustatory ، اللمسية tactile، الاحساس بحركة الجسدproprioceptive،الاحساس بالتوازن equilibrioceptive ، وادراك المثيرات الضارة nociceptive ، والاحساس بحرارة الجسد the rmoceptiveوادراك الزمن chronoceptive. والشكل الخفيف من الهلاوس مزعج ، ويحدث في اي من السياقات الحسية السابقة . والهلاوس السمعية تعد الأكثر شيوعا في حالات الفصام البارانودي. واحيانا تكون ودودة (تحدث المريض بأشياءترضيه عن نفسه) ، أو تكون حقودة ، تلعن وتسب..الخ .

والهلاوس السمعية من نمط الحقودة يتكرر سماعها على غرار ان هناك اشخاصا يتحدثون من خلف ظهره مثلا . وعلى شاكلة الهلاوس السمعية ، فان مصدر نظيرتها البصرية تحدث ايضا من خلف ظهر المريض .

والنظير البصري هنا عبارة عن الشعور بان شخصا ما يحدق النظر فيه وغالبا بنوايا خبيثة حاقدة .

وكثيرا ما يخبر المرضى بالهلاوس السمعية ونظيرتها البصرية معا . ومن الهلاوس التي يمكن اعتبارها انماطا تحدث في الظروف الطبيعية غير المرضية (ظواهر طبيعية) ، الهلاوس النعاسيةHypnagogic hallucinations (تحدث

في بداية النوم) . والهلاوس اللاحقة للنومhypnopompic hallucinations (تحدث في بداية اليقظة) .

كذلك يرتبط ظهور الهلاوس بتعاطي العقاقير المخدرة (خاصة تلك الهلاوس ذات السبب العضوي deliriants)مثل الحرمان من النوم sleep deprivation ، الذهان ، والهلاوس المتعلقة باضطرابات الاعصاب neurological disorder والهذيان الارتعاشي delirium tremens .

أنـــواع الهــــلاوس:

تظهر الهلاوس في اشكال متنوعة ، وتتأثر تلك الاشكال بأعضاء الاحساس المختلفة ، واحيانا تحدث متزامنة محدثة ما يسمى بالهلاوس متعددة الاحاسيس(سميعة، بصرية،شمية ،لمسية مثلا) لمن يخبروها (Chen E., Berrios G.E,1996) .

الهلاوس البصرية Visual Hallucinations.

وتشتمل على ظاهرة رؤية اشياء ليس لها وجود واقعي . أو ادراك بصري لأشياء حيث لا تتوافق مع الشعور الجسدي والواقعي .

وهناك العديد من الاسباب لهذه الظاهرة تم تصنيفها كما يلي:

الاسباب النفس عضوية Psychophysiological (يمكن عزوها الى اضطراب في تركيبة المخ) .

واسباب نفس عضوية كيميائية Psycobiochemical (تتعلق بوجود اضطراب في الموصلات العصبية).

واسباب نفسية Psychological (تختص بخبرات تستهدف الوعي) ، ويدخل ضمنها حالات مرض الزهايمر .

كما ان العديد من الاضطرابات تتضمن في الهلاوس البصرية ابتداء من الاضطرابات الذهانية الى عته الشيخوخة الى الصداع النصفي .

وهناك هلاوس بصرية مخبرة لا يعني ظهورها بالضرورة اضطرابا مرضيا ،مثل تلك الهلاوس البصرية التي يرتبط ظهورها باضطرابات عضوية في الدماغ،وايضا تلك الهلاوس البصرية المرتبطة بتعاطي العقاقير المخدرة والكحول. (semple,David."oxford,2005). ولايمكن اعتبارها نتيجة لاضطرابات نفسية . (Rayan,c.,et al,2009) .

وهناك منحى آخر يفسر حدوث الهلاوس يتعلق بإغراق مدخلات الاحساس أحيانا بالمثيرات الخارجية بواسطة التخييلات الداخلية ، وذلك عندما تتشابك مع المسارات العصبية ، أو ادراك الشخص لمثيرات غير محددة وتم معالجتها داخلهلتماثل خبراته ومعتقداتها لخاصة عن بيئته ،عندئذ تكون النتيجة حدوث الهلاوس (Horwitz, M. 1975) . ويستخدم هذا التأثير أحيانا في تكوين الخداع البصري Optical illusion .

وهناك بعض التصنيفات النوعية للهلاوس البصرية تتضمن :

الهلاوس البسيطة elementary hallucinations : التي تنطوي على نقرات ، بقع ، وقضبان من الضوء (تسمى الصورة المضيئة phosphenes) .

وهلاوس العين المغلقة في الظلامclosed eye hallucinations ويشيع ظهورها بين مدمني العقاقير المخدرة .

والهلاوس التمثيلية أو شاملة الرؤية Scenic or panoramic hallucinations : وهي ليست مركبة ، لكنها تحل بقوة محل المجال البصري الكامل بمضمون هلوسي يشبه الاحلام ..(Blom, Jan.,. *A Dictionary of Hallucinations* ,2012) . ومثل هذه الهلاوس التمثيلية تحدث في حالات الصرع (Casey, et al ,2012). (حيث تكون نمطية وتجريبية في تكوينها) . وبين مستخدمي عقاقير الهلوسة (Blom, Jan. *A Dictionary of Hallucinations*,2012) , . وتكون أكثر ندرة بين مرضى الفصام الكتاتوني. (Smith E .j ., .2012) والهوس (Chakrabarty, A.; Reddy, M. S. 2011). واصابات جذع المخ). (Urbán, Péter July 11, 2012) .

الهلاوس السمعية Auditory hallucinations

وهي ظاهرة تتعلق بادراك الصوت من غير وجود مثير خارجي . ويمكن تقسيمها الى فئتين رئيسسين هما : الهلاوس البسيطة ، والهلاوس المركبة .

والهلاوس البسيطة : عبارة عن ادراك لأصوات على شاكلة هسهسة، صفير ، ونغمة طويلة مثلا الى غير ذلك . وفي كثير من الحالات يعتبر طنين الأذن من الهلاوس السمعية . والجدير بالذكر ان بعض الافراد ممن يخبرون بأنواع معينة من طنين الأذن خاصة الطنين الخفقي يستمعون بالفعل الى فورة تدفق الدم خلال القنوات القريبة من الاذن . ولأن المثير السمعي موجودا في الموقف فلا يمكن ان يوصف بانه هلاوس .

والهلاوس المركبة : عبارة عن تلك الاصوات ، أو الموسيقى ، أو الاصوات الأخرى التي ربما تكون واضحة أو لا تكون ، أو تكون مألوفة أو لا تكون ، وربما تكون صديقة أو عدائية .

وهلاوس الصوت : المتحدث الواحد أو أكثر من صوتين ترتبط بالاضطرابات الذهانية مثل الفصام ، وتعتبر علامة مميزة على تشخيص هذه الحالات . لكن هناك العديد من الافراد ممن لا يعانون من امراض عقلية مشخصة يستمعون احيانا الى اصوات ايضا (Thompson, Andrea,2006).

كما ان احد الاشياء الهامة التي تؤخذ في الاعتبار اذا كنا بصدد عمل تشخيص فارقي للمريض بالهلاوس هو صرع الفص الجبهي الجانبي lateral temporal lobe epilepsy . وعلى الرغم من الاتجاه بربط سماع الاصوات ، أو انواع الهلاوس الأخرى بالذهان والفصام ، أو الامراض النفسية الأخرى ، فمن من المهم الأخذ في الاعتبار انه حتى اذا اظهر الشخص علامات

ذهانية ، فان ذلك ليس معناه انه يعاني بالضرورة من اضطراب ذهاني على طريقته .وهناك اضطرابات مثل مرض ويلسون Wilson`s disease ، واضطرابات الغدد الصماء المختلفة various endocrinological disorders ، واضطرابات الأيض الكثيرة metabolic disturbances ، وحالات التصلب المتعدد multiple sclerosis ، واضطراب الذئبة الحمامية الشامل systemic lupus erythematous, ، والبروفيريا، والساركودosis porphyria, sarcoidosis ، والعديد من الاضطرابات الاخرى تكون حاضرة مع الذهان .

والهلوسة الموسيقية تكون شائعة نسبيا من حيث كونها من الهلاوس السمعية المركبة . وتحدث نتيجة لمجموعة من الاسباب التي تتراوح بين فقدان السمع (مثل: متلازمة الأذن الموسيقية musical ear syndrome ، والنسخة السمعية من متلازمة شارلز بونيه the auditory version of Charles Bonnet syndrome) ، وصرع الفص الجبهي الجانبي (Engmann, Birk; Reuter, Mike, 2009)، والتشوه الشرياني الوريدي arteriovenous malformation، والسكتة الدماغية stroke ، واعطاب الدماغ lesions ، وأخيرا الخراريج أو الاورام abscess, or tumer.(ScienceDaily.com. Retrieved 2006).

وقد دعمت حركة الاصوات المسموعة (منظمة حقوقية مدنية للدفاع عن الاشخاص اللذين يهلوسون بدون أعراض ذهانية واضحة) ودافعت عن

الاشخاص اللذين يهلوسون بأصوات، لكن لايوجد لديهم علامات اخرى لاضطرابات عقلية .

وكذلك لوحظ علاقة بين الزيادة في استهلاك الكفايين وخبرات الهلاوس السمعية . وكشف بحث تم اجراؤه في جامعة لا تروب la trobe بقسم العلوم النفسية ان شرب نحو خمسة أكواب من الكفايين أو أقل يوميا يحفز من وجود ظاهرة الهلوسة السمعية .(Christian Nordqvist ,2011) .

الهلاوس الآمرة command hallucinations

الهلاوس الآمرة هي تلك الهلاوس التي تتخذ شكل أوامر . ومحتوى هذه الأُوامر يتراوح بين الحميد الى الأوامر التي تؤدي بالشخص الى ايقاع الاذى بنفسه أو بالآخرين . .(Beck-sander, et al,1997) .

والهلاوس الآمرة غالبا ترتبط بالمرضى الفصاميين . والافراد اللذين يخبرون بالهلاوس الآمرة ربما يذعنون أو لا يذعنون لهلاوسهم الآمرة . ويتوقف ذلك على ظرف الاذعان . والاذعان يكون الأكثر شيوعا عندما يتعلق الأمر بالأوامر غير المحرضة على العنف (Lee,T.M,.et al,2004) .

الهلاوس الشمية Olfactory hallucinations

الفانتوميزيا phantomisia أو الايهام بشم رائحة معينة . ظاهرة تتعلق بشم روائح ليست لها وجود في الواقع . وغالبا تكون هذه الروائح غير محببة

للنفس أو كريهة مثل روائح اللحم المتعفن ، والقيئ ، رائحة البول ، والبراز ، والتدخين ، أو أي روائح اخرى . وظاهرة الايهام بالشم غالبا تكون نتيجة لحدوث عطب في النسيج العصبي بجهاز حاسة الشم ، ويمكن ان يكون الضرر ناجما عن عدوى فيروسية ، أو روم في الدماغ ، أو نتيجة عملية جراحية . وكذلك التعرض للسموم والمخدرات .

وكذلك يمكن ان تحدِث بسبب التأثيرات الصرعية على القشرة الشمية . وايضا بسبب الاعراض النفسية .

وتختلف ظاهرة الايهام بالشم عن الباروسيميا Parosmia حيث ان الرائحة هنا يكون لها وجود حقيقي لكن يتم ادراكها بصورة تخالف واقع وجودها الحقيقي .

وتظهر الهلاوس الشمية في بعض الحالات المرتبطة بالخيال . فعلى سبيل المثال عند مشاهدة فيلم رومانسي ، يقدم فيه البطل ورودا لحبيبته فان المشاهدين قد يشتمون رائحة الورد غير الموجود في الواقع اصلا .
وأيضا رصدت الهلاوس الشمية اثناء حالات الصداع النصفي migraine ، لكن تكرار هذا الامر غير واضح حتى الان .(Sacks, Oliver 1986) .

الهلاوس اللمسية Tactile hallucinations

الهلاوس اللمسية عبارة عن مدخل حسي لمسي متوهم (ليس له وجود حقيقي) ، ويتمثل في عدة انواع من الضغط على الجلد أو الأعضاء الأخرى . احد هذه الانواع الفرعية من الهلاوس اللمسية هو **التنميل**formication. ويتمثل في الاحساس بوجود حشرات تزحف تحت الجلد ويتكرر ارتباط ذلك مع التعاطي طويل الأمد للكوكايين أو الامفيتامينات . أو اثناء الأعراض الانسحابية من الكحول أو المنومات . كما يحدث التنميل ايضا نتيجة لتغيرات هورمونيه عادية مثل انقطاع الطمث ، أو اضطرابات على شاكلة اضطراب الجهاز العصبي المحيطي peripheral neuropathy ، والحرارة المرتفعة، وسرطان الجلد ، ومرض لايم واضطرابات اخرى متعلقة .(Berrios ,1982).

هلاوس التذوق Gustatory hallucinations

هذا النوع من الهلاوس عبارة عن ادراك لمذاق أو طعم شيء ليس له وجود واقعي . وهذه الهلاوس عادة تكون غريبة وغير سارة ايضا .

وتشيع تقريبا بين الافراد اللذين لديهم انواعا معينة من الصرع ، خاصة صرع الفص الصدغي . وهناك مناطق معينة في الدماغ مسئولة عن هلاوس التذوق في مثل تلك الحالات مثل الانسولاinsula والحافة المتميزة من شق سيلفيان sylvian fissure (Panayiotopoulos, C, P. A,2007).

الهلاوس المتعلقة بالأحاسيس الجسدية العامة General somatic sensations

الطبيعة الهلوسية لهذا النوع من الهلاوس تخبر عندما يشعر الفرد بان جسده مشوها ، متلوبي ،أو ان احشائه منزوعة . و الاحساس بغزو الحيوانات لأعضائهم الداخلية مثل وجود افاعي في المعدة ، أو ضفادع في المستقيم . والشعور العام تحت هذا النوع من الهلاوس ان الجسد يتحلل.

(Barker, P. 1997)

ثالثا: الاضطراب الذهاني القصير Brief psychotic disorder .

الاضطراب الذهاني القصير عبارة عن فترة قصيرة من الذهان ، تحدث للشخص للمرة الأولى ، وليست محسوبة على حالات طبيبة أو نفسية اخرى . ويتميز الاضطراب ببداية مفاجئة للأعراض الذهانية ، و تتضمن الضلالات ، الهلاوس ، الكلام المتفسخ disorganized speech أو السلوك المتفسخ ، أو السلوك الكتاتوني catatonic behavior .

ولا يجب ان تكون الأعراض محسوبة على الفصام ، أو اضطراب الفصام الوجداني schizoaffective ، أو الاضطراب الضلالي delusional disorder،أو اعراض الهوس mania من نوع الاضطراب ثنائي القطب bipolar disorder. كما لا يجب ان تكون هذه الاعراض نتيجة لتعاطي عقاقير (مثل العقاقير المنشطة amphetamines) . أو نتيجة مشكلة طبية (مثل اورام المخ) .

وتدوم الأعراض بصفة عامة يوم واحد على الأقل ، لكن لا تزيد عن شهر . ويحدث بعدها عوده نهائية لكامل الوظائف بنفس الكفاءة السابقة للمرض .

وتحدث الأعراض استجابة لضغوط كبيرة في حياة الشخص ، أو في مواقف معينة حيث لا تظهر الضغوط ، وتتضمن الاسابيع التالية من الميلاد (Mohamed,A.Memon,2012).

وعند عمل تشخيص لهذه الحالات ينبغي ان يوضع في الاعتبار الاختلافات في السلوكيات للأسباب الثقافية ، مثل المعتقدات الدينية ، أو الطُقوس النوعية المميزة ثقافيا . و اكتشفت هذه الزملة من الأعراض في الولايات المتحدة الامريكية وقد وضعت لوصف حالات الفورة المفاجئة ، والسلوك العدواني ، وحالات التشوش واللخبطة ، وأيضا حالة التهيج النفس حركي .

وتصل الاعراض الى ذروتها خلال اسبوعين على الأكثر . والزملة في المعتاد تأخذ من شهرين الى ثلاثة أشهر يستعيد بعدها الشخص عافيته بالكامل. والمريض يمكن ان يحتجز داخل المستشفى لفترة قصيرة للتقييم ولضمان سلامته ، وكذلك يتم استخدام طويل المدى لأدوية مضادات الذهان.

وتعتبر هذه الحالات شائعة في الولايات المتحدة . لكن أقل بنحو عشرة مرات في بلدان العالم النامي . وتحدث لدى النساء بصورة مضاعفة مقارنة بالرجال . وتحدث في نهاية العقدين الثالث والرابع (ibid,2012) .

رابعا: الاضطراب الضلالي Delusional disorder

يعتبر الاضطراب الضلالي حالة نفسية غير شائعة . فالمريض يأتي الى العيادة بأعراض محددة من الضِلالات غير الشاذة ، لكن مع غياب ظهور الهلاوس واضطراب التفكير ،واضطراب المزاج ، أو تسطح كبير في عواطفه (Semple.David,p,230m2005). وعند عمل التشخيص بالنسبة لهذه الحالات فان الهلاوس البصرية والسمعية لا يمكنها الظهور ، ومع ذلك فالهلاوس الشمية ،أو اللمسية المرتبطة بمحتوى الضلال تكون واضحة .

(AmericanAssociation,2000).

ولتشخيص حالات الاضطراب الضلالي ، فلابد ان نستبعد ان يكون وجود الضلال أو الضلالات نتيجة لتأثيرات العقاقير ، أو نتيجة لحالة طبية عامة . كما لا يمكن تشخيص الاضطراب الضلالي بالنسبة للأفراد اللذين سبق تشخيصهم بالفصام . والشخص المصاب بالاضطراب الضلالي يتمتع بأداء وظائفه الحياتية بطريقة مرتفعة في حياته اليومية ، بالشكل الذي يبدو ان هذا الاضطراب لا يؤثر على قدراته العقلية الكلية . ولا يظهر سلوك غريب أو شاذ بصرف النظر عن هذه الضلالات .

ووفقا للطبيب النفسي الالماني اميل كريبلين Emil Kraeplin فان المرضى بالاضطراب الضلالي يظلون متسقين ومتماسكين منطقيا coherent ، ومدركين sensible ، وحصيفي الفكر (Winokur, G. 1977) reasonable. ويحدد الدليل الاحصائي التشخيصي الامريكي الرابع ستة انماط فرعية للاضطراب ,يصفها على النحو التالي :

الاضراب الضلالي من نوع الهوس الشبقي erotomanic : حيث يعتقد المريض ان شخصا ما واقع في حبه .

الاضطراب الضلالي من نوع العظمة grandiose : حيث يعتقد المّريض انه الشخص الأعظم ، الأقوى ، الأسرع ، الأغنى ، والشخص الأكثر ذكاء .

الاضطراب الضلالي من نوع الغيرة jealous حيث يعتقد المريض ان حبيبه أو حبيبته تخدعه .

الاضطراب الضلالي من نوع الاضطهاديpersecutory : حيث يعتقد المريض ان شخصا ما يتتبعه ليسبب له الضرر بطريقة ما .

الاضطراب الضلالي من نوع الجسدنة somatic : حيث يعتقد المريض انه يعاني من امراض أو مشكلة طبية .

واخيرا الاضطراب الضلالي المختلط **mixed** ويتضمن مظاهر لأكثر من نوع ضلالي واحد (American Psychiatric Association .(2000, . ومؤخرا اتفق ال DSM-1V مع الاخصائيين النفسيين الاكلينيكيين على انه لا بد من تقييم المعتقدات الشخصية ، ومنح الاحترام الكامل للتعقيدات الحضارية والاختلافات الدينية ، حيث ان بعض الثقافات تقبل بشدة بمعتقدات تعتبر ضلالية في ثقافات اخرى

.(Shivani Chopra,2011)

المؤشرات الدالة للحكم على الفكرة بانها ضلالية

هناك عدة مؤشرات للحكم على الفكرة بانها ضلالية تتمثل فيما يلي :

اولا: ان يعبر المريض عن فكرة أو معتقد بمثابرة واصرار أو بقوة غير طبيعية .

ثانيا:تمارس هذه الفكرة نفوذا هائلا على حياة الشخص ، وتتغير طريقة حياته الى مدى غير متوقع .

ثالثا:على الرغم من القناعة الجسيمة بالفكرة ، فإنها تتصف لديه بالسرية أو الشك حينما يتم سؤاله عنها .

رابعا: يميل الشخص الى الافتقار الى روح الدعابة ، والحساسية المفرطة خاصة عندما يتحدث عن هذا المعتقد .

خامسا:تتميز الفكرة لديه بالمركزية ، ولا يلتفت الى الأشياء الغريبة ، غير المرغوب فيها التي تحدث له . ويقبل كل ذلك تقريبا من دون مناقشة .

سادسا: أي محاولة لمعارضة المعتقد تستثير لديه ردود افعال قوية ، غالبا تتميز بالتهيج والعدائية .

سابعا: المعتقد يكون على الأقل غير مرغوب فيه ، وخارج نطاق الخلفية الثقافية والاجتماعية والدينية للمريض .

ثامنا: يفرط المريض في الاستثمار العاطفي للفكرة ، لدرجة انها تغطي على العناصر الأخرى من حياته النفسية .

تاسعا: اذا تم تفعيل الضلال ، فان ذلك يؤدي الى سلوكيات غير طبيعية ، وخارج التوقعات عن الشخصية ، ويمكن تفهم ذلك في ضوء المعتقدات الضلالية .

عاشرا: الافراد اللذين يعرفون المريض جيدا يلاحظون ان المعتقد والسلوك غير معهودين وغريبين عن المريض (Munro, Alistair, 1999) .

الملامح الاساسية للفكرة الضلالية

اولا: ان تكون عبارة عن اضطراب أساسي .

ثانيا: تكون اضطرابا مستقرا يتميز بوجود ضلالات يتمسك بها المريض بمثابرة غير عادية

ثالثا: تتميز بالا زمانية ، ويتكرر ذلك على مدى الحياة .

رابعا: تتميز بالبناء المنطقي والتماسك الداخلي .

خامسا: لا تتداخل مع الاسباب المنطقية العامة (على الرغم من ان النظام الضلالي الداخلي يكون منحرفا) ولا يوجد اضطراب عام في السلوك في المعتاد . واذا وجد هذا الاضطراب في السلوك فانه يتعلق مباشرة بالمعتقدات الضلالية .

سادسا: يخبر الفرد بمشاعر متزايدة من المرجعية الذاتية(غير الموضوعية). حيث تكون الاحداث المتعلقة بالآخرين غير ذات اهمية لديه ، ويصبح السياق المحيط بالضلالات مشحونا بشدة (ibid) .

انتشار الاضطرابات الضلالية

كما ذكرنا سالفا فإنها غير شائعة اثناء الممارسات الاكلينيكية سواء من داخل المستشفيات ، أو في العيادات الخارجية ، وربما يرجع ذلك الى تماسك قدرة الاستبصار لدى المريض ، ومن ثم يتجنب بشدة اللجوء للعيادات النفسية.

واجمالا يوجد من بين كل مائة الف شخص عدد من 30-24 حالة يتم الابلاغ عن تشخيصهم بالاضطرابات الضلالية .

بينما يتم تسجيل حالات جديدة بالاضطرابات الضلالية كل عام بنسبة تتراوح من 3.0 – 0.7% من بين كل 100.000 شخص في العام . والاضطرابات الضلالية توجد بنسبة 1.3% بين كل الحالات الجديدة التي تدخل مستشفيات الطب النفسي .

http://en.wikipedia.org/wiki/Delusional_disorder - cite_ref-8(Crowe, & Roy, 2008).

تشخيص الاضطرابات الضلالية

تتداخل اعراض الاضطرابات الضلالية مع المشكلات النفسية الأكثر حدة ،كما يظهر في الاضطرابات ثنائية القطب ، وايضا الفصام .

ومن ثم يتم تشخيص الاضطرابات الضلالية عن طريق عملية عزل الأعراض المتعلقة بهذه الأمراض . والاضطرابات الضلالية تعتبر أحد مكونات العديد من الامراض النفسية الأخرى مثل عته الشيخوخة dementia ، الفصام، و اضطراب الفصام الوجداني schizoaffective disorder .

ايضا يمكن ان يكون الاضطراب الضلالي استجابة طبيعية لظروف جسدية وطبية غير طبيعية .أو استجابة لتناول العقاقير الطبية . وتعتبر المقابلة الاكلينيكية أداة هامة في انجاز فهم شامل عن الحالة ، ومن خلالها نتحصل على المعلومات المتعلقة بحياة المريض وتاريخه والتي تساعد في نهاية الأمر في تحديد الاضطراب الضلالي .

ويهتم الاكلينيكيين بمراجعة السجلات الطبية (بعد سماح المريض بذلك). وكذلك مقابلة اهل المريض ، واقاربه ذوي الدلالة لديه لتحديد وجود الضلالات ، وتفهم المواقف الفردية والتفكير المنطقي. واخيرا يستخدم الإكلينيكيين في تشخيص الاضطرابات الضلالية قائمة ضلال بيترز peters delusion inventory (PID) التي تركز على تحديد وفهم التفكير الضلالي .

خامسا: البارا نويا Paranoia

البارا نويا عبارة عن عمليات التفكير التي يعتقد انها تتأثر بشدة بالقلق والخوف لدرجة اللاعقلانية والضلال . والتفكير البارانودي يشتمل على المعتقدات الاضطهادية persecutory beliefs ، أو معتقدات المؤامرة بخصوص تهديد محتمل للذات ، وايضا توجيه اتهامات زائفة وعدم ثقة مفرط في الآخرين .

فعلى سبيل المثال فان الحادث العرضي في الطريق العام لذي يراه غالبية الناس على انه مجرد حادث ، أو مجرد صدفة ، يعتقد الشخص البارانودي انه حادث متعمد بهدف ايذائه .

واستخدم هذا الوصف تاريخيا ليعبر عن الحالة الضلالية delusional state وفي الاستخدامات العامية الحديثة فان المصطلح يساء استخدامه احيانا في وصف الرهاب phobia لكن الافتقار العام للوم blame في الاضطرابات الرهابية يميز بشدة بين العرضين .

ومع البارا نويا يوجد خوف غير منطقي من مكر وحقد الآخرين ، باستثناء حالات نادرة من مرضى الفصام .

ومن منظور تاريخي فان كلمة بارا نويا اغريقية ، تشتمل على شقين ، بارا para بمعنى خارج عن ، و noos وتعني العقل والكلمة بمجملها تعني خارج عن العقل ، أو لا صلة له بالعقل أو الجنون madness.

واستخدم الاصطلاح لوصف الامراض النفسية حيث يكون المعتقد الضلالي هو السمة الوحيدة أو الغالبة على الصورة الاكلينيكية للحالة .

واستخدم كريبلينkraepelen اصطلاح البارانويا المحضةpure paranoia حيث يكون الضلال موجودا ، لكن بدون أي تدهور في القدرات العقلية العامة ، وبدون اي مظهر من مظاهر الخرف المبكر dementia praecox .

واعيد تسمية الحالة فيما بعد بالفصام . وفي تعريف كريبلين فان المعتقد لا يجب ان يكون اضطهادي لكي يتم تصنيفه بالبارانويد ، لذلك يمكن تصنيف اي عدد من المعتقدات الضلالية بانها بارا نويا .

فعلى سبيل المثال فان الشخص الذي لديه معتقد ضلالي وحيد ، حيث يعتقد انه رجل دين مهم مثلا يصنف من قبل كريبلين بان لديه بارانويامحضة .

ووفقا لفيلان وزملائه فان البارا نوياوالبارافرينيا paraphreniaمكونين مستقلين عن الخرف المبكر ، الذي تقرر بواسطة كريبلين ، حيث فسر البارا نويا باعتبارها ضلال مستمر ، ومنظم ، يظهر في فترة متأخرة من حياة الفرد ، مع غياب لكل من الهلاوس أو السلوك المتدهور .

والبارافرينيا زملة مطابقة للبارا نويا ، لكن مع وجود الهلاوس . وحتى في وقتنا الراهن لم نعد نحتاج للشك أو الخوف ليصنف المريض باعتباره بارانويد ،

فالشخص يمكن تشخيصه بانه فصام بارانودي ، بدون وجود ضلالات الاضطهاد ، لان الضلالات تشير ببساطة الى نفسها.

(Phelan,et al,2000).

ويستخدم اصطلاح البارا نويا في الطب النفسي الحديث في سياق الدليل الامريكي الاحصائي التشخيصي الرابع في طبعته المنقحة ضمن اللافتات التشخيصية التالية .

سادسا: اضطراب الشخصية البارانودي paranoid personality disorder

اضطراب عقلي يتميز بوجود البارا نويا ، وحالة شاملة ممتدة من الشك والارتياب وفقدان الثقة الشامل في الآخرين .

والافراد مع هذا الاضطراب يفرطون في الحساسية ، وسهولة الاحساس بالإهانة والتجاهل ، وعادة ينظر للعالم بحذر شديد ، ويفتش في بيئته معظم الوقت عن ادلة أو براهين تؤكد مخاوفه أو انحيازاته .

والافراد البارانوديين تواقين الى المراقبة ، ويعتقدون انهم في خطر . ويبحثون عن علامات وتهديدات الخطر ، ولا يحتمل ان يهتم الفرد منهم بأية ادلة اخرى نقيض معتقداته .

ويميل الافراد البارانوديين الى الشك ، وطلب الحماية الدائمة ، ولديهم حياة عاطفية محدودة للغاية ، وتنخفض لديهم القدرة على المشاركة العاطفية الهادفة .

والنمط العام للبارانوديين يتمثل في العزلة الانسحابية التي غالبا ما تؤدي الى نوع من العزلة السكيزودية بالنسبة لخبرة حياتهم .

والافراد وفق هذا الاضطراب الخاص ربما يميلون أو لا يميلون الى عدم تحمل الضغائن والشكوك ، ويميلون الى تفسير تصرفات الآخرين باعتبارها عدائية كما ان لديهم ميل مثابر لمراجعة الذات أو التمسك بما يعتقد انه حق شخصي .

(MacManus,et al,2008) .

والدليل الدولي للتصنيف الاحصائي للأمراض والمشكلات الصحية المتعلقة ، المراجعة العاشرة (ICD-10) يسجل اضطراب الشخصية البارانودي باعتباره كود رقم (F60.0) اضطراب الشخصية البارانودي (http://www.mentalhealth.com/icd/p22-pe01.html International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-Paranoid personality disorder)

ويتميز بوجود ثلاثة على الأقل من المحكات التالية :

أ: المغالاة لدرجة الافراط في وجود العوائق والرفض من قبل الآخرين.

ب: الميل الى ممارسة ، والاستمرار في الشكوى ، و رفض التسامح في الاهانة أو السب ، أو معاملته باستخفاف .

ج: الشك مع الميل الواسع لتشويه الخبرات عن طريق تحريف التصرفات الودودة أو الطبيعية من قبل الآخرين ، واعتبارها تصرفات عدائية .

د:مشاعر التحفز والعناد فيما يعتقد انه حقوقه الشخصية ، تمشيا مع الموقف الفعلي.

هـ:شكوك متكررة ، بدون ادلة أو براهين ، تتعلق بالإخلاص الجنسي للزوج أو الشريك .

و:الميل الى المبالغة في تفخيم الذات ، ودرجة اهميتها ، ويتجلى ذلك في الاشارة الى نفسه بصورة مستمرة .

ي: الانشغال بالتفسيرات التآمرية للأحداث، سواء المباشرة التي تخصه ، أو على مستوى اتساع العا لم ، دون وجود دلائل على ذلك .

ويتضمن كل ذلك في

اضطراب الشخصية البارانودي الشاملexpansive paranoid،و الخيالي fantastic ، و الكويرلانتquerlant ، واضطراب الشخصية البارانودي الحسي sensitive paranoid personality disorder .

ويستثنى من ذلك الاضطراب الضلالي delusional disorder والفصام schizophrenia

(Paranoid personality disorder,ICD-10)..

سابعا: النمط البارانودي من الفصام Schizophrenia

بالدليل الامريكي الاحصائي التشخيصي الرابع في نسخته المنقحه، يتضمن وجود الضلالات والهلاوس ، لكن يغيب التفكير المضطرب ، والسلوك المتفسخ ، أو تسطح الوجدان .

والضلالات تكون من النوع الاضطهادي أو العظمة ، ويمكن ان تتواجد حالات اخرى للضلال مثل الغيرة ، أو الجسدنة ، أو النمط التديني.
(American Psychiatric Association ,2000) .

ويجدر بالذكر ان النظم التشخيصية الاحدث (DSM-5) تميل الى الغاء الانماط الفرعية من الفصام من طبعاتها وفق أحدث المناقشات
(American Psychiatric Association DSM-5,2010) .

ثامنا: زملة أعراض شنايدر من الفصام Schneiderian Syndrom

صنف الطبيب النفسي الالماني كيرت شنايدرKurt Schneider في بواكير القرن العشرين اشكال الاعراض الذهانية الى ما اعتقد انه يميز الفصام عن الاضطرابات الذهانية الأخرى . وذلك ما اطلق عليه أعراض الدرجة الأولى أو اعراض شنا يدر للدرجة الأولى وسبق الاشارة اليها ، **وتضمنت ضلالات التحكم بواسطة قوى خارجية** (قوة خارجية تتحكم في تصرفات الفرد وافكاره) **والاعتقاد بان الافكار تقحم أو تسحب من رأسه. والاعتقاد بان افكاره تذاع على الآخرين،وسماع اصوات هلوسية تعلق على افكاره أو تصرفاته أو تعقب على الاصوات الهلوسية الأخرى**

(Nordgaard J, et al,2008) .

وعلى الرغم من الاسهام الدال لهذه الزملة في المحك التشخيصي الحالي. فان تحديد تلك الاعراض بانها درجة اولى ما يزال محل خلاف . وتم مراجعة الدراسات التشخيصية التي انجزتبين عامي 1970 الى 2005، وتبين ان النتائج لم تؤيد ، ولم ترفض اعراض شنايدر للدرجة الأولى ، وتم التأكيد على ضرورة المراجعة المستقبلية لهذه الأعراض في النظم التشخيصية القادمة (ibd,2008) .

والاختصاصيون النفسيون الاكلينيكيون وفقا لما يقرره ماكينا P. J. McKennaيعتبرون البارانويا كاسم يشير الى اضطراب داخل وخارج الكينونة.وله مظاهر اكلينيكية ، وسلوك ، وحدود. وفعليا يمثل كل مظهر من هذه المظاهر جدلا كبيرا . ووظف الاضطراب كصفة ، حيث ارتبطت صفة البارانويا بمجموعة متنوعة من التشخيصات بداية من الفصام البارا نودي ، مرورا بالاكتئاب البارا نودي ، حتى اضطراب الشخصية البارانودي.
(McKenna, P.J. 1997) .

تاسعا: اضطراب الذهان الوجداني Schizoaffective disorder

عبارة عن تشخيص سيكايتري، يصفاضطراب عقلي يتميز بوجود مكونات ذهانية ومزاجية شاذة ، ومتكررة . ومكون المزاج يمكن ان يكون مرتفعا أو منقبضا ، أو تتزامن نوبتا الارتفاع والانقباض معا (نوبة مختلطة) . وتتناوب هذه المكونات المزاجية الشاذة أو تحدث مع وجود تشوهات في الادراك . ولتشخيص اضطراب الفصام الوجداني وفقا للنظام الامريكي الاحصائي التشخيصي الحالي ((DSM) يجب ان يمضي المريض فترة اسبوعين

على الأقل مع الاعراض الذهانية ، بدون وجود اضطراب في المزاج . ولا ينبغي ان تكون هذه الاعراض نتيجة استخدام عقاقير أو اي ظرف طبي آخر (American Psychiatric Association ,2000.) .

واضطراب الفصام الوجداني يؤثر الى ابعد حد على الجوانب المعرفية والانفعالية،على شاكلة تحريف المدركات ، وتشوه عمليات التفكير، مثل الهلاوس السمعية ، الضلالات ، البارا نويا . بالإضافة الى اعراض تفسخ الكلام والتفكير مع خلل دال في الوظائف الاجتماعية والمهنية .

والتقسيم الى انماط اكتئابيه ، وقطبية ينبني على اساس اذا كان المريض تعُرض لنوبة هوسية، أو هوس خفيف ، أو خليط منهما .

وتبدأ اعراض هذا الاضطراب في المعتاد في سن البلوغ المبكر ، كما يندر تشخيصه قبل الثالثة عشر من العمر .

واضطراب الفصام الوجداني ينتمي الى الطيف الفصامي schizophrenia spectrum والاضطرابات الذهانية الأخرى المقترحة بواسطة مجموعة العمل في DSM-5(http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964%2801%2900349-8/abstract)والتي تتضمن الفصام ، اضطراب الشخصية الانفصامي schizotypal personality disorder ، اضطراب الفصام الشكلي Schizophreniform disorder ،

الاضطراب الذهاني القصير brief psychotic disorder ، الاضطراب الضلالي delusional disorder ، الاضطراب الذهاني الناتج عن تعاطي المواد النفسية substance-induced psychotic disorder ، وكل من الاضطراب الذهاني والكتاتوني المرتبطين بالحالة الطبية العامة ، واضطرابات ذهانية اخرى غير محددة ((http://www.dsm5.org/PropsedRevasion/Pages/SchizophreniaS)

وهذا الطيف من الاضطرابات الذهانية يمكن مقارنته بالطيف القطبي في الاضطراب القطبي . وكل اضطراب سمي على هذا المتصل يتشارك بأعراض مع الاضطرابات الاخرى . ويؤكد الاختصاصيون ان الحدود بين تلك الاضطرابات غير واضحة لدرجة ان اللافتات التشخيصية المنفصلة لم تعد مؤكدة بالضرورة .

عاشرا : الفصام Schizophrenia

الصورة الاكلينيكية لمرض الفصام توضح بغير شك اننا بصدد جماع لزملة الأعراض الذهانية . وأيضا تكشف عن مزيج من العلامات الشخصية والأعراض (الأعراض الإيجابية والأعراض السلبية) التي ظهرت لفترة من الوقت أثناء شهر أو أقل إذا تم علاجها بنجاح مع بعض علامات الاضطراب المستمرة لفترة ستة اشهر على الأقل ، وهذه العلامات والأعراض تكون مرتبطة بخلل وظيفي واجتماعي مميز .

والأعراض الشخصية للفصام تتضمن ذلك المدى من الخلل في الوظائف المعرفية والانفعالية التي تتضمن الإدراك ، التفكير الاستدلالي ، اللغة

والتواصل ، مراقبة السلوك ، العاطفة ، طلاقة وانتاج الأفكار والكلام ، القدرة العدمية، الإرادة والحافز واخيرا الانتباه .

والأعراض الشخصية يمكن تصنيفها في فئتين أوسع هما : **الأعراض الإيجابية** ، وهي انعكاس لتشوه في الوظيفة السوية ، وتتضمن تشوهات أو مبالغات في التفكير الاستدلالي (الضلالات) ، والإدراك (الهلاوس) واللغة والتواصل (الكلام المتفسخ) ومراقبة السلوك (تفسخ جسيم أو سلوك كتاتوني) . **وتتكون الأعراض الإيجابية** من بعدين متمايزين هما البعد الذهاني psychotic dimension ويتضمن الضلالات والهلاوس، والبعد المتفسخ disorganized dimension ويتضمن تفسخ الكلام والسلوك ،بينما تبدو **الأعراض السلبية** انعكاسا لفقدان الوظائف السوية ، وتتضمن انحصارات في مدى وحدة التعبير الانفعالي (تسطح العواطف) ، فيما يتعلق بطلاقة وإنتاجية الأفكار والكلام a logia وفي المبادرة بسلوك موجه نحو هدف .
(DSM-1V, PP.274-275,1994).

تفسخ عمليات التفكير Disorganized thinking

ونعنى بها اضطراب التفكير الشكلي Formal Thought Disorder وفقدان الترابط Loss of Association، ويعد مظهرا هاما في الصورة الإكلينيكية للفصاميين ، ويتميز بفقدان الترابط ،حيث يخرج المريض عادة عن السياق ، ويقفز من موضوع لآخر بطريقة غير مترابطة ، وفقدان وجهة الترابط

Tangentially، بمعنى أن المريض يعطي إجابات غير متعلقة بالأسئلة ، واللخبطة اللغوية أو ما يطلق عليها سلطة الكلمات Word salad ، حيث يصبح كلام المريض غير متسق لدرجة إن يصبح دون معني لغوي أو دون قواعد لغوية .

والسلوك المتفسخ Disorganized behavior يمكن إن يشتمل على ارتداء المريض لملابسه بأسلوب غير ملائم أو شاذ ، إثارة جنسية ذاتية في الأماكن العامة ، أو هياج وصياح أو سب الآخرين .

ويحدد الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي الرابع الاعراض السلبية في الفصام Negative symptoms بأنها تشتمل على ثلاثة أعراض ، وسميت سلبية لأنها تمثل الافتقار إلى أو غياب السلوكيات ،والأعراض السلبية التي اعتبرت علامات تشخيصية في الفصام هي: **الافتقار للاستجابة الانفعالية** Lack of emotional response (تسطح الانفعال)، **فقر الكلام** Poverty of speech **وغياب الاختيار أو الإرادة** Absence of volition or will (Martin,P.F.,2001) .

الفصام والاضطرابات المعرفية

التفسيرات المعرفية تتناول طائفة واسعة من أعراض الفصام وهي تفسيرات تلقى سندا علميا من نتائج البحوث التي أخذت بهذا المنحى المعرفي في تفسير الفصام ، وتستند التفسيرات المعرفية إلى الافتراضات التالية :

إن الأشخاص الفصاميين لديهم بالفعل خبرات حسية مختلفة عن الأفراد العاديين .

إن الكثير من أعراض الفصام (مثل الهلاوس والضلالات) تنبع من محاولة الفصاميين التعبير عن خبراتهم الحسية المختلفة .

إن اضطراب الأداء العقلي واللفظي في الفصام يعزى إلى الحقيقة بان الخبرات الحسية تتداخل مع أداء الفصاميين الطبيعي لوظائفهم المعرفية .

(سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية،المجلد ٦ ،ص ٦٨، ٢٠٠٠)

وتذهب التفسيرات المعرفية إلى إن الأشخاص الفصاميين يعانون من حالة من الفيض المعرفي Cognitive Flooding ، أو الحمل الزائد للمثير Stimuli Overload ، وكثيرين منهم يكونون على وعي تام بالأصوات والأضواء والاحساسات التي يميزها الأشخاص العاديون ، لكن ما يخبره الفصاميون من تغيرات في الحساسية الحسية Sensory sensitivity قد يتسبب في تطور الأعراض التي قد تؤول إلي اضطراب نفسي بعيد المدى مثل الفصام.

(نفس المرجع ،ص ٦٩ ، ٢٠٠٠) .

لذا يفترض العلماء المعرفيين انه يمكن تفسير الهلاوس والضلالات على إنها حساسية مفرطة للمثيرات التي يخبرها الفرد ،أي على أساس وجود استثارة زائدة .

ويؤكد ماكجهيوشابمان في بحثهما الخاص باضطرابات الإدراك والانتباه في الفصام المبكر إن فرط الحساسية يقوم بدور كبير في فيما يسمى بالعجز الفصامي Schizophrenic deficits ، وان اضطرابات التفكير واللغة لدى الفصاميين يمكن عزوها إلى انحرافات أو أخطاء الانتباه Attention lapses ، وإقحام ترابطات غير جوهرية أو غير متعلقة بالموضوع تخل بعمليات التفكير لدى الفرد (Mcghie , A.,& Chapman , J., 1961) .

وفي دراسته التجريبية عن اضطراب التفكير الفصامي يفسر باين وزملاؤه (Payne , R.W., et al , 1959) الاضطراب المعرفي في الفصام بأنه اضطراب في آلية التنقية أو الترشيح Filter mechanism ، التي تعمل على استبعاد المثيرات التي تكون غير متعلقة بمجرى التفكير وموضوعه ،ففي حالة اضطراب هذه العملية العقلية التي تقوم بالتنقية يتعرض الفرد لحالة من الغمر بالمثيرات ومن التشتيت والعجز عن التركيز في الموضوع أو المشكلة موضوع تفكيره .
(Payne , R.W., et al , 1959).

وتكشف التقارير الإكلينيكية عن الدور الهام الذي يلعبه التشتيت وانعدام التركيز في تدهور الأداء المعرفي لدى الفصاميين ، ويذكر ماكجهيوشابمان إن ابرز الشكاوي التي يقررها هؤلاء المرضى عند عرضهم على الاختصاصيين الإكلينيكيين ، أو ايداعهم المصحات العقلية ، انهم يعانون من مشكلات التحكم في فيض المعلومات الواردة أو الجارية التي تقتحم تفكيرهم بشكل غامر (Mcghie , A.,& Chapman ,J.,1961)

و كذلك يذكر فريدماوشابمان في بحثهما عن الخبرة الذاتية المبكرة في النوبات الفصامية إن التقارير الشخصية التي يكتبها هؤلاء المرضى تعكس مشكلات الانتباه لديهم ، فعلى سبيل المثال يقرر أحد المرضى " انه عند قراءته في الكتب يقضى وقتا صعبا في التركيز ، لأنه من المحتمل وجود مثير خارجي يبعد انتباهي عن الكتاب ، صوت ، أو شيء أشبه بجزء من ضوء الشمس يقتحمني في تلك اللحظات ويجعلني ابدأ بالتفكير.
(Freedman , B.J.,& Chapman ,L. J., 1973) .

ويؤكد لاوسون وزملاؤه إن تأثير التشتيت المعرفي على أداء الفصاميين قد تأكد بالعديد من نتائج البحوث التجريبية المعملية والتي توافقت مع البيانات الاكلينيكية (Lawson , J.S., et al , 1967) .

ونستخلص من ذلك إن الفصاميين عاجزين على التركيز على المثيرات موضع التفكير، واستبعاد المثيرات غير المتصلة بموضوع التفكير ، وان هذه المثيرات غير الجوهرية تؤدي إلى الإخلال بعملية التفكير لديهم ، ولا يتوقف هذا الخلل في التفكير الفصامي عند موضوع الانتباه فحسب . بل يمتد لوظائف أخري مثل اللغة ، التي تتشوه وتضطرب بشكل مستمر .

ويمكن إرجاع ذلك إلى الأفكار المتداخلة والدخيلة غير المتعلقة بالموضوع ، ولذلك نجدهم يقفزون من فكرة لأخرى ، وتبدو الجمل المستخدمة مشوهة ، غير متسقة ، والعبارات متقطعة وغير مترابطة . ولهذا يفترض إن

المشكلات اللغوية المرتبطة بالفصام تنبع أساسا من عجز الفصاميين عن الاحتفاظ بالانتباه ومن اقتحام الأفكار غير الجوهرية وشططها بحيث تتخطى الموضوع مركز الاهتمام .

ويمكن أجمال اضطرابات التفكير واللغة عند الفصاميين كما يلي :

اولا:اضطراب التفكير التجريدي Abstraction Thinking وقد اتضح من نتائج بعض البحوثِ حصول الفصاميين على أسوأ الدرجات على الاختبارات التي تتضمن تعميمات استقرائية Inductive generalization أي استخلاص حكم كلي من جزيئات .

(سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ،المجلد الثالث ،ص ١٣٩ ، ٢٠٠٠)

ثانيا:اضطراب حل المشكلات . يبدي الفصاميين خللا واضحا في قدرتهم على حل المشكلات ، التي تتطلب عملا عقليا يعتمد على الاستقراء ، أو تكوين تعميمات مجردة ، وهذا الاضطراب في الاستدلال الاستقرائي يمثل عاملا أساسيا في الاختلال المعرفي العام عندهم . (المرجع السابق ،ص ١٤٠)

ثالثا:البطء المعرفي Cognitive Slowness ، ويشر باين في بحثه " عدم السواء المعرفي Cognitive abnormalities " إن البطء المعرفي الذي يميز الحالات الذهانية قد يرتبط بالضلالات delusions وبالانفعالات غير المتناسبة والموقف الاجتماعية Inappropriate affects وبالاكتئاب الشديد .

(Payne , R.W.,P.227, 1968)

رابعا:اضطراب تكوين المفهوم Concept formation ، يشير المفهوم إلى صفة أو خاصية عامة مشتركة بين عدد كبير من الأشياء المختلفة ، ويتميز تفكير الفصامي بالعجز عن تكوين مفاهيم جديدة ، أو ما يمكن تسميته بالتفكير العياني أو المحسوس Concrete thinking ، ويميل على العكس ، إلى العجز عن الاحتفاظ بالحدود التصورية للفكرة أو المفهوم ، فالأفكار التي ترتبط بالمفاهيم أو تتعلق بها من بعيد تصبح متضمنة بها فتجعلها أكثر تجريدية وأقل دقة ويطلق على هذه الظاهرة فرط التجريد Over inclusion، ويعكس التفكير العياني خلل معرفي يرتبط بالعجز عن تكوين مفاهيم جديدة . ويرجح باين إن العيانية وعدم السواء في تفكير الفصاميين لا تعني عجزهم عن تكوين المفاهيم ، لكن في نمط المفاهيم التي يكونونها وفي نوعيتها ، فالمفاهيم التي يكونها الفصاميون تتصف بالشذوذ وعدم الألفة والغرابة والذاتية .

(Payne , R.W.,P.243, 1959) .

كذلك يتميز الفصاميون بخلل أو اضطراب في قدرة الإدراك ، ويذكر بلوم وزملاؤه في بحثهم المنشور بعنوان " المخ والعقل والسلوك " ، إن الآلية المعقدة المتكونة من الخلايا العصبية لأنظمة الإحساس والحركة ، تعتمد على تآلفات بين كثير من الخلايا المترابطة فيما بينها ، والعاملة مع بعضها من خلال سلسلة من الترابطات والتفاعلات العصبية ، وفي هذه العملية يقوم الدماغ في آلية بتفسير المعرفة (المدخلات) الحسية ، وتوجيه الجسم لعمل الاستجابة المناسبة ، وتتضح هذه التآلفات بين الخلايا العصبية ، والترابطات

بين الموصلات العصبية في تفاعل المنظومات الحسية وفقا لقاعدة تدرج مستويات معالجة المعلومات .

ويتم ذلك وفق نمطين للترابط العصبي ، هما : **الدوائر العصبية المتدرجة هرميا** التي تعمل على نقل المعلومة من مستوى معين لمنظومة حسية إلى المستوى التالي ، وذلك لربط المستويات المختلفة للمنظومة الحسية . **والدوائر العصبية الموضعية** ، التي تعمل داخل كل مستوى لتوسيع عدد الخلايا العصبية المتكاملة أو لتقيدها .

وبناء على ذلك تعمل المنظومات الحسية على توصيل المعلومات ، عبر مستويات من القنوات الموصلة هي: **المستوى الأول والثانوي والثالث** ، فعلى سبيل المثال ، يتم الإدراك الحسي البصري في ثلاثة مستويات من النشاط العصبي .

المستوى الأولى يتمثل في شبكية العين ، والمستوى الثانوي يتمثل في نشاط الركيبة الجانبية Lateral geniculate ، والأكيمة العلوية Superior colliculus من المنظومة العصبية البصرية ، والمستوى الثالث يتمثل في نشاط اللحاء المخي البصري الأولي ، وان معالجة المعلومات هنا تحدث أثناء التفاعلات بين الخلايا عند كل مستوى من هذه المستويات الثلاثة .
(Bloom , F.E., et al , 1985) .

وقياسا على ذلك تعتبر كفاءة السلوك دالة لسلامة الإدراك ، لذا يعتبر الإدراك نشاطا معرفيا ضروريا لنمو الذكاء ، والقدرة على الاستبصار . وتوفرت دلائل من نتائج بعض البحوث عن اختلال التوجه نحو الزمن وضعف أدراك الزمن عند الفصاميين .

(سلسلة تشخيص الإضرابات النفسية ، المجلد الثالث،ص ١٢٩، ٢٠٠٠) .

ولكن يبدو إن النظام الضلالي Delusional system بما يعكسه من اضطراب في الوظيفة الادراكية ، وما يمثله من سوء تأويل للمدركات ، وأيضا النظام الهلوسي Hallucinatory system وما يعكسه من اضطراب في الوظيفة الحسية يأتيان على الأرجح في قمة الهرم المعرفي المضطرب لدى الذهانيين عامة ، و الفصاميين على نحو خاص ، على اعتبار كونها من الاعراض البارزة ، والأساسية في التكوين التشخيصي للمرض . وان المحاور الأساسية للنظم العلاجية عن طريق التدخل بالعلاج النفسي المعرفي إنما تتجه لتصحيح ، أو تعديل هذين النظامين المعرفيين المضطربين .

الفصل الثالث

العلاج النفسي المعرفي

الفصل الثالث

العلاج النفسي المعرفي

الأصول الخاصة بالعلاج النفسي المعرفي

العلاج النفسي المعرفي احد أنواع العلاج النفسي التي قدمها وطورها الطبيب النفسي الامريكي آرون بيك Aaron. T .Beck عام 1960. ويعتبر احد المناحي العلاجية الهامة ضمن مجموعة أكبر من العلاجات السلوكية /المعرفية (CBT) Cognitive Behavioral Therapies .

ويبحث العلاج النفسي المعرفي في مساعدة المريض في التغلب على صعوباته عن طريق تحديد وتغيير السلوك والتفكير المضطربين وكذلك الاستجابة الانفعالية . ويشمل ذلك مساعدة المريض على تطوير وتعديل مهاراته ومعتقداته ، وأيضا تحديد التفكير المضطرب المتعلق بالآخرين بطرق مختلفة ، وتغيير السلوكيات الغير متوافقة (Judith.S.Beck,2008) .

وتستمد برامج العلاج النفسي المعرفي مشروعيتها من خلال الثورة التي حدثت في مجال علم النفس المعرفي . الذي اصبح توجها أساسيا لدى الكثير من الباحثين عن المعرفة وتطبيقاتها في هذا العصر ، الذي ازدحم بالتكنولوجيا ، وبطفرة وسائل الاتصالات التي لا نستطيع إنكار دورها المؤثر على تغير نمط

الحياة لدى الناس ، وبالتالي أحداث تأثيرات دالة (سلبا وإيجابا) على حياة البشر النفسية ، والسلوكية، والمعرفية ، والاجتماعية ، والاقتصادية أيضا .

ويذكر روبرت سولو ، إن موضوع علم النفس المعرفي هو " الدراسة العلمية للكيفية التي نكتسب بها معلوماتنا عن العالم ، وللكيفية التي نتمثل بها هذه المعلومات ونحولها إلي علم ومعرفة ، ولكيفية تخزينها ، ولكيفية استخدام هذه المعلومات وتوظيفها في إثارة انتباهنا وسلوكنا .

(سولو، ترجمة محمد نجيب وزملاؤه،ص٣ ،١٩٩٦).

وعلى اعتبار أن علم النفس الإكلينيكي هو أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس الحديث ويعتمد إلى حد كبير على الإفادة من المعلومات والمهارات التي أمكن تحصيلها من جميع فروع علم النفس ، الأساسية والتطبيقية ، بهدف زيادة كفاءة الخدمة الطبية النفسية التي تقدم للمرضى النفسيين في مجالات التشخيص والعلاج والتوجيه والتأهيل وتدابير الوقاية.(سويف، ص٥ ،١٩٨٥) .

اضافة الى تلك الإجراءات العملية في التقييم Assessment والعلاج ، فان علم النفس يبدو ناضجا الآن للارتقاء في مجال ثالث ، هو صياغة نظرية منظمة ، وشاملة ، في مجال علم النفس المرضي ، قائمة على أساس علمي ، وسيكون الهدف من هذه النظرية هو أن تزودنا بدليل للفحص والعلاج في جميع مجالات الاضطرابات النفسية .

(شابيرو، ص٤٤٩ ، ترجمة صفوت فرج، ١٩٨٥)

والعلاج النفسي المعرفي تأسس على نظرية علم النفس المرضي Psychopathology التي تعزى لمفاهيم مستمدة من علم النفس الاجتماعي والمعرفي . وأيضا الى مفاهيم تتعلق بنظرية معالجة المعلومات Information Processing والتحليل النفسي .

وقد استمدت نظرية علم النفس المرضي مفاهيمها العلاجية ومبادئها من كلا الإطارين النظريين ، ومن الممارسات التطبيقية الإكلينيكية.
(Buchanan, R.W.,& Carpenter, W.T.,1996) .

والنظرية المعرفية تفترض إن طريقة تفسير الأفراد لخبراتهم تحدد كيف يشعرون ويتصرفون (Ibd,1994) . وهناك اضطرابات سيكايترية معينة ارتبطت بتأويلات معرفية تأخذ طابعا شخصيا ، يمكن عزوه لوجود خلل في الوظيفة التي تقوم بفعل التصحيح والتعديل بالمستوى الارقى من العمليات المعرفية .
واستخدم العلاج النفسي المعرفي بكفاءة دالة في علاج الاضطرابات الاكتئابية depressive disorders، واضطرابات القلق Anxiety disorders ، التي تشتمل على الرهاب واضطراب الفزع .

وأيضا اضطراب الوسواس القهري ، واضطرابات الأكل ، والاعتماد على المواد المخدرة واضطرابات الشخصية . وكذلك العديد من الاضطرابات السيكو فيزيولوجية .

(Beck,A.T, PP.91-109, 1988) .

وشهدت العقود الاربع الأخيرة تطورا هاما في اتجاهات العلاج النفسي المعرفي ، تمثل في ابتكار أساليب حديثة لعلاج الإضرابات الخاصة بالمسنين ، والأطفال المكتئبين والمراهقين، والمرضى بالاضطراب القطبي Bipolar disorder وحالات الذهان المبكر والحاد .

والبحوث الأحدث أكدت على فعالية العلاج المعرفي السلوكي اثناء المراحل التمهيدية المبكرة في حالات الذهان (المعروفة ايضا بالمنذرة أو تحت الخطر) ، وتشير الى ان هذا التدخل المبكر من شأنه ان يمنع ، أو على الأقل يرجئ بداية الذهان (French,P.,Anthony,M.,2004).

وفي سياق هذا الكتاب نتناول الاستراتيجيات المعرفية في علاج حالات الذهان المبكر أو الحاد ، لعلنا نبلغ هدفنا النهائي وهو محاولة الإسهام في التعرف على أساليب ذات كفاءة للتعامل مع حالات الذهان المبكر أو الحاد والتي يمكن بمقتضاها ان نساهم في إيجاد آلية إكلينيكية تدفع في اتجاه وقف التدهور أو منع الخلل الوظيفي المحتمل .

تعريف العلاج النفسي المعرفي

يشير مصطلح معرفة Cognation إلى كل العمليات التي يتم بها نقل المدخلات الحسية واختزالها واحكامها وتخزينها واستعادتها واستخدامها ، وهذه العمليات المعرفية تنشط وتعمل حتى في حالة غياب الاستثارة المتعلقة بها كما في حالة الصور العقلية والهلوسات الحسية (Neisser , U.,P.4, 1967).

والعلاج المعرفي احد انماط العلاج النفسي الذي طوره الطبيب النفساني أرون بيك ، حيث يعتبر أول من تصدى لشرح هذا المنحى العلاجي عام (1960). ويعتبر احد المناحي العلاجية في سياق منظومة علاجية أكبر تتعلق بالعلاجات السلوكية المعرفية(CBT) cognitive behavioral psychotherapies . ويهتم هذا المنحى بمساعدة المريض في التغلب على الصعوبات عن طريق تحديد وتغيير التفكير والسلوك المضطربين وكذلك الاستجابات الانفعالية . ويتضمن ذلك مساعدة المرضى على تطوير مهاراتهم لتعديل المعتقدات وتغيير السلوك المضطرب (المشوه) ، المتعلق بالآخرين بأساليب مختلفة .
(Judith S. Beck.,2008) .

وينبني الأساس العلاجي على التعاون بين المريض ، والمعالج فيما يتعلق باختبار المعتقدات . ويتكون العلاج من اختبار للفروض ،حيث يسعى المريض الى تحديد كيف تتشوه لديه أفكار معينة ، بدون تفنيد ، وبلا واقعية ولا فائدة.

وما ان تصبح هذه الافكار معروفة ، فان المشاعر الشخصية عن محتوى موضوع هذه الافكار تكون موضوعا من السهل تغييره .

وركز بيك في البدايات على موضوع الاكتئاب ، وطور قائمة من الاخطاء في التفكير ، التي اقترح انها تدعم المشاعر الاكتئابية ، وتتضمن الاستدلال التعسفي ، والانتقاء التجريدي ، والمغالاة في التعميم ، وتضخيم السلبيات والتقليل من حجم وقيمة الايجابيات .

ومن الامثلة على استخدام العلاج المعرفي ، حالة الرجل الذي ارتكب خطأ في عمله ، ويعتقد انه عديم الفائدة ، ولا يستطيع عمل اي شيء صحيح في حياته. وتتفاقم حدة هذا المعتقد لتؤثر بشدة على حالته المزاجية . وتتفاقم المشكلة أكثر فأكثر اذا استجاب هذا الرجل لهذا المعتقد ، وتلك الحالة المزاجية بتجنب اشطة الحياة اليومية ، ومن ثم يؤكد من الناحية السلوكية لنفسه هذا المعتقد السلبي .

وتكون النتيجة ان تصبح اية استجابة تكيفية ، وعواقب استدلالية اخرى غير محتملة حيث تدعم المعتقد الأصلي بانه عديم الفائدة .

وفي العلاج ، يمكن تحديد هذا المثال باعتباره نبوءة تحقق ذاتها ، أو دائرة المشكلة ، وجهود المعالج والعميل تتوجه للعمل معا لتغييرها . ويتم ذلك عن طريق معالجة الطريقة التي يفكر بها العميل ، ويتصرف عند استجابته لمواقف مناظرة ، وتطوير اساليب أكثر مرونة في التفكير والاستجابة ، ويتضمن ذلك التقليل من تجنب الانشطة والمشاركة في الانشطة الايجابية (تسمى استراتيجية اصلاح المزاج) .

ونتيجة لذلك فان المريض يهرب من انماط التفكير السلبي ، والسلوكيات المضطربة ، ومن ثم يتخفف من المشاعر السلبية مع مرور الوقت . وأيضا يعتبر العلاج النفسي المعرفي نسقا من العلاج النفسي ، أنبنى على نظرية الاضطرابات الانفعالية (Beck,1967) Emotional disorders .

أو ما يمكن تسميته بنظرية علم النفس المرضي المستمدة من مفاهيم في علم النفس الاجتماعي ، والمعرفي ، وأيضا نظرية معالجة المعلومات ونظرية التحليل النفسي(Rush,A.J.,&Beck,A.T., 1996) .

وكذلك على أساس تراث كبير من الدراسات التجريبية والإكلينيكية والأساليب العلاجية المحددة بدقة (Beck et al,1979) . والعلاج النفسي المعرفي عبارة عن شكل محدد البناء من العلاج النفسي صمم للتخفيف من الاعراض ومساعدة المرضعلتعلم الأساليب الاكثرفعالية للتعامل مع الصعوبات التي يعزى لها معاناتهم (Blackburn,I.M.,&Davidson,K.M.,P.16.1990)

واصطلاح العلاج المعرفي Cognitive therapy استخدم بهذه التسمية لان أساليبه المستخدمة تتجه نحو تغيير الأخطاء ، أو الأفكار المتحيزة biases في معارف المريض ، وهذا يتضمن طريقة الشخص في تقييم ، وتقدير المواقف والضغوط وافتراضاته عن ذاته ، والعالم والمستقبل ، والمعتقدات ، والاتجاهات المفترض إنها تعمق من هشاشته تجاه الاضطرابات الانفعالية (Ibd) .

والعلاج المعرفي يفترض بان طريقة تفسير الأفراد لخبراتهم هي التي تحدد كيف يشعرون ويتصرفون ، فعلى سبيل المثال إذا أدرك شخص ما بان الموقف المتضمن فيه حاليا يمثل تهديدا خطيرا لذاته فانه يخبر بالقلق ويرغب في الهرب . ويحدد روش وبيك Rush&Beck أربعة انفعالات أساسية **هي: الحزن** Sadness، **المرح** elation، **القلق** Anxiety ، **والغضب**، Anger،

ويمكن استثارتها وفقا لإدراكات المريض وشعوره بالفقد ، الربح ، الخطر ، وارتكاب الاخطاء بواسطة آخرين(Rush,A.J.,&Beck,A.T., 1996).

كذلك تبين ان أسلوب معالجة المعلومات المتحيزة (للذات) يتسبب في أن نضع تأويلات مشوهة تأخذ أشكالا لفظية أو تصورية وأيضا أخطاء معرفية، ومن الأمثلة الواقعية على ذلك تلك التحيزات المبنية على تقييمات غير صحيحة لمواقف محددة من الواقع مثل مواقف العداء والخطر .والأخطاء المعرفية يمكن تمثيلها بمستوى الفشل الحادث في إنجاز أساليب ملائمة لحل المشكلات . ويبدو ان التحديد الاشمل للعلاج المعرفي باعتباره ذلك النسق العلاجي الذي يستخدم اساليب علاجية محددة ، بغرض تصحيح اخطاء التفكير المعتادة الموجودة في حالات نفس مرضية مختلفة وذلك عن طريق احداث تدخلات لفظية ، ممتزجة مع اساليب لتعديل السلوك ، تم تصميمها لمساعدة المرضى على تحديد الوظائف المعرفية المضطربة خاصتهم ، واختبار عما اذا كانت هذه الافكار المعرفية مبنية على اساس منطقي وواقعي ام لا ؟ ،وتصحيح التصورات المشوهة والمعتقدات المختلفة التي يسببها التفكير المختل .

وخلاصة الامر نوضح ان العلاج المعرفي في اطار السياق السابق المشار اليه يمكن وصفه باعتباره اسلوبا نشطا ، محدد البناء ، محدد الوقت والتوقيت وموجه مباشرة لحل مشكلة آنية .

الاسس النظرية للعلاج النفسي المعرفي

ابتداء نوضح ان المنحى الفينومونولوجي (الظاهراتي) Phenomenological approach في علم النفس ، وعلم النفس التحليلي ، وعلم النفس المعرفي اسهموا بدرجة كبيرة في وضع الاسس النظرية للعلاج المعرفي بالشكل الذي انتهت عنده صياغة ارون بيك وآخرين (Rush,A.J.,&Beck,A.T.,1996).

كما إن من يتعرض لفكرة البحث في كيفية نشأة أفكار العلاج المعرفي، من منظور تاريخي يجد نفسه وقد فتح ملف علم النفس ذاته من حيث النشأة والتطور .

والمنظرين المعرفيين Cognitive theorists عادة ما يقرون بتأثر أفكارهم بالفلاسفة الرواقيون stoics ، في القرنين الأول والثاني قبل الميلاد وبخاصة ما قرره العبد ابكتيتسEpictetus من إن الرجال لا يضطربون بسبب الأشياء ولكن بسبب نظرتهم لهذه الأشياء .

وكذلك كتب الإمبراطور ماركوس اورليزMarcus Aurelies انه إذا استطاعت بعض الأشياء الخارجية إن تزعجك ، فالسبب ليس الشيء ذاته ، بل حكمك على هذا الشيء ، هو ما سبب لك الألم ، والأمر متروك لك في

إن تغير من حكمك ، إذا كان سلوكك مصدرا لإزعاجك تستطيع ان توقف ذلك عن طريق تغيير السلوك المسبب لهذاالاضطراب أو الإزعاج .
(Blackburn,I.M.,&Davidson,K.M.,P.16.1990).

وهكذا يتبين إن كلا الرجلين ركز على أهمية تأويل الأحداث ، وأيضا على قدرتنا على تغيير هذه الأحداث .

ونظل نبحث في الجذور الفلسفية ، ولكن نقفز هذه المرة الى القرن الثامن عشر والفيلسوف كانت Kant ، الذي يرجع له الريادة فيما يتعلق بما يسمى " النظرة المعرفية " ، حيث ميز بين مفهومين هما الاشياء في ذاتها Things in Themselvēs أو ما يطلق عليه "مفهوم الشيء كما هو في ذاته" Noumena، وهي ظاهرة غير قابلة للتعرف عليها ، والمفهوم الثاني هو الخبرات الذاتية Subject experience أو ما يطلق عليه "الفونومينا"(الظاهراتيه) Phenomena وقد تم تنقيته خلال التراكيب المعرفية .

ونخلصَ من ذلك اننا لانستطيع التعرف على الاشياء في ذاتها ، بل نعرف تأويلنا للأحداث ولأنفسنا ، وان هذه التأويلات أو التفسيرات غالبا تكون متأثرة بالخبرات الماضية ، وتكويناتنا الوراثية ، وكذلك الاطار الاجتماعي /الثقافي وسطوة المزاج .

وخلال النصف الأول من القرن العشرين حدث طغيان للتحليل النفسي الفرويدي، ونتج عن ذلك تجاهل تام " للمعرفة " Cognition في الطب النفسي ، وكان التركيز بدلا عن ذلك على الحاجات الجسدية والسلوك الغريزي.

وكتب آريتي في هذا السياق " اهتم فرويد بكيفية إن نميل إلى قمع Suppress وكبت Repress الأفكار التي تكشف القلق ، لكن نحن كأطباء نفسيين وعلماء نفس قمعنا وكبتنا مجال كامل من الأفكار ، وهو "المعرفة" ، فنحن كبتناه ظاهريا لأنه محفز على القلـق (Arieti ,1985) .

لكن ذلك لم يمنع روش وبيك من التقرير بان النظرية التركيبية وعلم النفس الأعمق لفرويد اسهما في بناء نظرية التركيب الهرمي للمعرفة التي اشتملت على عمليات أولية وثانوية واعتبار الاعراض Symptoms والعاطفة Affect منبنيان على أساس الأفكار الباثوجينية Patho genetic Ideas.

والإسهام الأساسي لعلماء النفس تضمن مفهوم جورج كيلي George Kellyعن التكوينات الشخصية Personal Constructs كمحدد للسلوك ، والنظريات المعرفية للانفعال Emotion كما صاغتها ماجدة ارنولد Magda Arnold وريتشارد لازاروس Richard Lazarus .

كما إن إجراءات تطور الموضوعات العامة عبر الاستجابات الانفعالية للخبرات المختلفة ارتبط بمنحى التحليل النفسي الجديد لليون سول " Leon Saul Neopsychoanalytic approach" (Rush,A.J.,&Beck,A.T.,1996).

ويذكر روش وبيك ان الوعي بالخبرة الذاتية كما جاء في كتابات كانت ومارتين ايدجر Martin Heidegger وادموند حسرل Edmund husserl ونظريات الفنومولوجيين، مهدت المجال لعلماء النفس امثال الفريد ادلر Alfred Adler واتورانك Otto Rank ، وكارين هورني Karen Horny ، اللذين تأثروا بكتاباتهم ، ونجد ادلر على سبيل المثال يؤكد على أهمية فهم المريض داخل إطار خبرته الذاتية الشعورية وعلى أهمية الحاجة لتحديد المعنى الشعوري الذي يلصق به المريض خبراته في سياق العلاج .

(Rush,A.J.,&Beck,A.T.,1996) .

وعلى الرغم من اعتبار الفريد ادلر من الفروديين الجدد ، فقد اعتبر أيضا رائدا للمنظرين والمعالجين المعرفيين المعاصرين ، واعتبر ادلر "الحث الدافعي" Motivational Urges غير كاف لتقييم السلوك الإنساني ، وقرر إن المعنى المرتبط بالحدث هو الذي يحدد السلوك ، ومن هنا نجد إن العلاج الادلري يتضمن في محتواه إعادة تعليم (تأهيل) المريض لنمط الحياة الذي يفضله عن طريق إحداث تغيرات في اتجاهاته ، أهدافه ، قيمه وسلوكه

(Blackburn,I.M.,&Davidson,K.M.,P.16.1990)

ويصف موراريوجاكبسون (1978) Murrary&Gacobson ادلر باعتباره ملهما للعديد من المنظرين المعرفيين.

مثل البرت اليس Albert Ellis ، وجوليان روتر Julian Rotter ، وجورج كيلي Gorge Kelly وايرك بيرن Eric Berne وارون بيك Aaron Beck . (Murrary&Gacobson ,1978) .

وبدأت الحركة السلوكية.بواطسون (Watson(1913 وسكينر Skinner (1945) واعتبرت ردة فعل مباشر ضد الاتجاه العقلاني Mentalistic approach في التحليل النفسي . واراد المنظرين السلوكيين الاوائل تطبيق نظرية التعلم والتشريط بالشكل الذي تم بحثه في المعامل على الحيوانات . تطبيق هذه المبادئ النظرية خاصة ما يتعلق بالظواهر القابلة للملاحظة فقط في المجال الإكلينيكي واعتبار اي ظاهرة يستدل عليها مثل الأفكار والانفعالات غير ضرورية أو غير علمية ، والمنحى السلوكي تمكن من إحداث تأثيرا حيويا على العلاج بصفة عامة .
(Blackburn,I.M.,&Davidson,K.M.,P.16.1990).

وأسهمت حركة العلاج السلوكي بإسهامات علاجية حيوية من حيث : تصميم المقابلة محددة البناء ، إعداد جدول الأعمال (الاجندة) للجلسة الفردية، تحديد الأهداف ، إظهار المردود Feedback ،تفعيل الإجراءات ، اختبار الفروض ، صياغة واختبار أساليب حل المشكلات ، تحديد الواجب

المنزل (Rush,A.J.,&Beck,A.T.,1996) Homework .وأسهم ايزنك Eysenk (1960) بل وناضل في البحث عن أدلة قوية ضد كفاءة العلاج النفسي التحليلي التقليدي ، وركز على إن تعديلات السلوك بالنسبة للاضطرابات العصابية اتسمت تقاريرها بالغزارة بسبب الفرط في الحماسة الثورية ، وبين إن الاتجاهات المسيحية المبكـــرة لما يمـــكن تسميتـــه بالسلوكية الميتافيزيقية Metaphysical Behaviorism انتقدت على ساس تجاهلها لعناصر إكلينيكية مهمة مثل المتغيرات المعرفية والاجتماعية .

وبعد الثورة السلوكية نادى البعض باعتبار عام (١٩٦٠) عام الثورة المعرفية . والحق كانت ثورة متدرجة في الأفكار والأساليب التي أدت إلى ما يسمى حاليا بالعلاجات المعرفية أو المعرفية/السلوكية ، هذا التطور جاء نتيجة لجهود علماء النفس المعرفيين الأكاديميين أمثال ميلر Miller ، جالنتروبيربرام (1960) Gallenter&Pribram في كتابهم المهم خطط وبناء السلوك Plans and structure of behavior وبداية تطبيق المناهج العلمية في دراسة الظاهرة العقلية(Blackburn,I.M.,&Davidson,K.M.,P.16.1990).

ولم يغب علماء النفس التطوريين عن المشهد ، وبالأخص بياجية Piagetالذي تمكن خلال دراسته للتطور العقلي ، الاجتماعي ، و الأخلاقي لدى الطفل من إن يصف تطور الكائن الإنساني باعتباره كائن نشط باحث عن المعلومة ، وليس مستقبل سلبي للمثيرات البيئية ،واقترح بياجية مفهوم الأبنية

العقلية Mental Structure أو المخططات Schemata كأساليب لتنظيم المعلومات والسيطرة على السلوك(flavell,1963) .

وبدأ منظروا التعلم الاجتماعي Social Learning من أمثال ميلر ودولارد (1941) Miller&Dollard ، روتر (1954) Rotter وكيلي (1955) Kelly مناقشة مفاهيم مثل الانتباه Attention ، المتغيرات الوسيطة بين المنبه والاستجابة Mediation ، التوقع Expectation ، التخطيط Planning ،واعادة التصنيف والابنية الشخصية Reclassifying and Personal constructs .

وكذلك بدأ المعالجون السلوكيون مراجعة شاملة لنماذجهم العلاجية بما يسمح بوجود دور للعوامل الوسيطة أو المعرفية . ونجد على سبيل المثال هوم (1965) Homme يصف الأفكار باعتبارها " أداءات خفية" في العقل واعتبرها من العناصر الهامة في سلسلة الاستجابات الخفية القابلة للتحليل والتعديل عن طريق استخدام مبادئ تغيير السلوك .(Homme ,1965).

ولم يقبل باندورا (1969)Bandura في كتابه الهام مبادئ تعديل السلوك Principles of behavior modification فكرة إن السلوك يتخذ شكلا سلبيا في علاقته بالعوامل البيئية ، بالصورة التي تقررت خلال النموذج السلوكي الكلاسيكي ، وقرر بان السلوك يعتمد على عمليات التفكير Thought

Processes ، والمعلومات المكتسبة من الخبرات السابقة ، وعلى عمليات الضبط الذاتي (Bandura,1969).

ونجح المعرفيون في التأكيد على إن العلاج المعرفي يجد حلولا للشعور ويحل مشكلات "الهنا والآن" ، وتزامن ذلك مع ما سمي " بالعلاج الانفعالي العقلاني " Rational-emotive therapy الذي طوره البيرت اليس . والنمط العلاجي لما أطلق عليه العلاج المتمركز حول العميل Client-Oriented therapy لكارل روجرز Carl Rogers الذي تميز بالقبول غير المشروط للعميل .وأخيرا فان قوة الدفع الامبيريقة للعلاج المعرفي تأثرت بأعمال الكتاب ذوي التوجه المعرفي أمثال البيرت باندورا ، جيروم فرانك Jerome frank ، ارنولد لازاروس ،ميخائيل ماهوني Michael Mahoney ، دونالد مشينبيومDonald meichenbum وترينس ويلسون Trence Wilson .(Rush,A.J.,&Beck,A.T.,1996).

والحق ان الاسهام الأعظم لنشأة وتطور العلاج المعرفي بالمعنى التكنيكي المتداول حتي يومنا هذا في الممارسات الاكلينيكية والمراجع العلمية المهتمة ، يرجع الى الدكتور آرون بيك استاذ الطب النفسي بجامعة بنسلفانيا الامريكية ، المولود في الثامن عشر من يوليو عام (1921)، والذي يعتبر بحق الأب الروحي للعلاج المعرفي ، الذي اسسه وشرحه في اوائل ستينات القرن الماضي بعد ان فشل في تطبيق مبادئ التحليل النفسي في علاج المرضى المكتئبين . وتوصل لاحقا الى ان الطريقة التي يدرك من خلالها الناس ويفسرون

الاشياء ، بل ويعزون اليها مشكلاتهم في حياتهم اليومية عبارة عن (عملية Process تعرف علميا بالعملية المعرفية Cognition .وهي مفتاح العلاج .

واوجز بيك منحاه في الاكتئاب في كتابه "تشخيص وعلاج الاكتئاب" الذي اصده عام (1967). ثم اتسعت نظرته لاحقا لتتضمن اضطرابات القلق، ومشكلات اخرى في كتابه العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية الصادر عام (1975) .

كذلك ركز على فكرة المخططات schema الكامنة (الطرق الاساسية الكامنة حيث يعالج الناس المعلومات عن ذواتهم ، والعالم ، أو المستقبل) . وكان من الطبيعي ان يتصارع هذا المنحى المعرفي الجديد مع منحى السلوكية الصاعد في نفس الوقت ، والتي كانت تنكر أي حديث عن الاسباب العقلية أو العلمية بخلاف تقييم المثيرات والاستجابات السلوكية .

وانطلقت الثورة المعرفية في علم النفس في عام (1970) ، بما سمي وقتها بأساليب تعديل السلوك Behavioral modification ، واصبحت اساليب العلاج المعرفي متحدة معا ، الأمر الذي ادى الى ظهور منحى العلاج السلوكي المعرفي ،على الرغم من كون العلاج المعرفيمتضمنا في العادة خلال وحدات سلوكية مؤيدة من المنحى الخاص ببيك ، بهدف المحافظة على ،واستقرار تكامله كنوع واضح ومميز من العلاج النفسي المعرفي .

ثالثا : الانساق التفسيرية للاضطرابات المعرفية

نتحو في هذا السياق لمناقشة الانساق التفسيرية للاضطرابات المعرفية في ضوء النماذج الشهيرة لبيك ، حيث يشير الجانب الفكري من الاضطراب الى مجموعة الافكار والمعتقدات والقيم التي يتبناها الشخص نحو ذاته وبيئته بحيث تؤدي في النهاية الى اثارة الاضطراب أو تأكيده .

كذلك يلعب الجانب المعرفي دورا كبيرا في الاضطرابات ذات المصدر الاجتماعي كالتعصب العنصري .والبحوث الحديثة لعلماء النفس تبين ان تأثير كل اساليب العلاج تقريبا بما فيها العلاج باستخدام العقاقير ، والاساليب الفيزيولوجية ، تعتمد اعتمادا حاسما في تحقيق نجاحها على عوامل معرفية ، مثل توقع مكاسب علاجية معينة ، والمعلومات التي يحصلها المريض عن مواقف الخوف والقلق والاكتئاب ،والتدريب على ضبط الانتباه ، واتجاه الشخص نحو المعالج ، ونحو العلاج النفسي بشكل عام وهي كلها عوامل تنتمي الى اسلوب تفكير المريض واتجاهاته العقلية .

(إبراهيم ، ص ١٨٤ ،١٩٨٠) .

ورغم ذلك لا يمكن التقرير بكفاءة العلاج المعرفي في الاحاطة الشاملة بجميع الحالات طالبة العلاج .ويلاحظ عبد الستار ابراهيم في كتابه " العلاج النفسي الحديث" ان طلاب العلاج والتغيير غالبا يأتون بدوافع واسباب متباينة. لهذا قد تصلح اساليب التعديل الذهني مع بعضهم ، بينما تصلح مع البعض الآخر اساليب التدعيم السلوكي المباشر أو التدريب على تأكيد الذات .

وهناك عدة عوامل يمكن عزوها كمسببات للاضطراب النفسي العقلي من منظور معرفي وهي .

عوامل متعلقة بمحتوى الافكار .

عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات .

وانه يمكن الرجوع بالمرض النفسي والاضطراب إلى وجهات النظر والأفكار التي يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين ، كما تتمثل في عناصر من التفكير والتصورات الخاطئة ، والاتجاهات ، والقيم التي تسبب فيما يبدو الهزيمة إزاء أحداث الحياة .

والعصاب على سبيل المثال يعبر عن اضطراب في المشاعر والانفعالات وناتجا عن أخطاء في محتوى الأفكار ، والمعتقدات الشخصية للعصابي .
(إبراهيم ، ص ص ١٨٤-٢١٧ ،١٩٨٠)

كما يظهر المرضى المكتئبين خلل وظيفيا في نظام معالجة المعلومات Processing information الذي بدوره يؤدي إلى (أو يحافظ على استمرارية) الوجدان المكتئب وكذلك السلوك المكتئب . وداخل نظام معالجة المعلومات يوجد ثلاثة فئات من المتغيرات المعرفية تتداخل بين المنبهات Stimuli (الأحداث) والاستجابات Responses (المزاج والسلوك) وهي : المخططات Schemata أو الأبنية المعرفية Cognitive structures ، العمليات المعرفية

Cognitive Processes ومحتوى الأفكار Thoughts content ، ويظهر الأفراد المكتئبين انحيازات سلبية على هذه المستويات الثلاثة من التفكير.
(Blackburn,I.M.,&Davidson,K.M.,P.19.1990) .

ونموذج بيك للاكتئاب Beck's model of depression باعتباره أحد المستويات التفسيرية لاكتئاب ، أكد عدم تعارض مبادئه (أي النموذج) مع المناحي البيولوجية في فهم الاكتئاب ، حيث أن الخلل الوظيفي والبيولوجي وجهان لعملة واحدة . فالتفكير الاكتئابي يصاحبه بالضرورة خللا في المستوى الوظيفي لموصلات عصبية معينة في الدماغ ، وخلل وظيفيا أيضا في الغدة الهيبوثالموثية المحورية ، وبالمثل العكس هو الصحيح . ويختلف عن النموذج البسيط : المنبه الذي يؤدي إلى — الاستجابة مباشرة في العلاج السلوكي الشرطي ، ويبدو نموذج بيك التفسيري للاكتئاب كما يلي.
المنبه Stimulus ← يؤدي إلى المتغيرات الوسيطة Mediation ← تؤدي إلى الاستجابة Response ، والمتغيرات الوسيطة تشتمل على النتاجات المعرفية Cognitive Products ، التفسيرات Interpretations ، و الادراكات المتذكرة Perceptions memories. (Beck ,A.T., 1984) .

ولنأخذ مثالا يوضح الأمر ، إذا أثارت وفاة أحد الأشخاص (منبه أ) لدي استجابة انفعالية معينة (ب) (حالة من الحزن أو القلق أو السرور) ، يصبح من الخطأ الحكم إن الذي أثار الاستجابة (ب) هو المنبه (أ) . وعلى

الرغم من انه يعتبر مثيرا للحالة الانفعالية (منبه أ) لكن لا يعتبر السبب الرئيسي لهذه الاستجابة ، لان الاستجابة الانفعالية تختلف نتيجة لإدراكي وتفكيري في هذه الحادثة ، وأساليب اعتقادي عنها .

إذا يمكن القول إن (أ) ليست هي التي أدت إلى (ب) ، بل (ت) التي تمثل طريقة إدراكي وتفكيري في الحادثة هي التي تعتبر مسئولة عن إبراز هذه الاستجابة ومن ثم هي التي أدت إلى (ب) ،وتأخذ المسألة هذا الشكل : المنبه (أ) يؤدي إلى متغير وسيط (ت) وبدوره يؤدي إلي استجابة انفعالية (ب) .

وخلاصة الأمر إن شعورنا بالاكتئاب أو الحزن الشديد (استجابة : ب)، ينشأ نتيجة لما نسجناه من تصورات وأفكار سوداء حول الخسارة والفشل وعدم جدوى الحياة (ت) . ويؤكد بيك نفس المنطق عند تفسيره لحالة اضطراب بالفزع Panic disorder فالفزع يأتي نتيجة لسوء تأويل أو سوء تفسير جسيم لا حساسات جسدية معينة ، حيث يتم إدراكها بصورة غير سوية ، فأثناء نوبة الفزع تنخفض أو تقل كفاءة مقدرة نظام معالجة المعلومات عن توقيف النوبة أو حتى التقليل منها . وتكون النتيجة ما نلاحظه من مغالاة شديدة في التركيز على تلك الاحساسات الجسدية التي تؤدي بدورها للزيادة من احتمالية إن يفسر الفرد هذه الاحساسات بالمشؤمة ، أو المسببة لكارثة ، وذلك يؤدي بدوره لتعرض الفرد لمستويات أعلى من الاستثارة الفيزيولوجية ، ويؤكد بيك على انه كلما زادت كفاءة معالجة المعلومات التلقائية الانعكاسية لما يتصور انه كارثة

وشيكة ،فان ذلك من شأنه إن يعطل من القدرة على التفكير المباشر ومس ثم يمكــــن تقيـــيم هـــذه الاحــــساسات الجـــسدية بـــصورة أكثـــر موضوعية (Blackburn,I.M.,&Davidson,K.M.,P.21.1990) ويبدو ان هـذا النموذج بقـدر بساطته يطرح مسألة المتغيرات الوسيطة بما تشتمله من تعقيـدات باعتبارهـا أسـاس الاضـطراب . وإذا كـان هـذا التبسيط مقبول ونحن بصدد التعامل مع حالات بسيطة من الاضطرابات النفسية لا تتضمن متغيرات مركبـة مثل حـالات القلق أو المخـاوف وأيضا الأنواع البسيطة من الاكتئـاب ، فكيـف الأمـر بالنـسبة لحـالات مركبـة كالفـصام ، وبعـض حـالات اضـطراب الشخصية . ومع ذلك يظل أمر المتغيرات الوسيطة في حالات الفصام أمر قد يُـصعب تبـسيطه أو العمـل فيـسياقه منفـردا . إذا مـا الـذي يمنـع إن يكـون الاضـطراب المعرفي عـرض لاحـق للإصـابة بالفـصام أو الاكتئـاب ! مـثلا ، مجـرد تساؤل ؟ .

العمليات المعرفية Cognitive processes

تشير العمليات المعرفية الى القواعد التي تم تطبيقها على المنبهات في نظام معالجة المعلومات ، فالإدراكات ، الافكار ، الصور الذهنية ، الذكريات المرتبطة ، كل ذلك يمثل المنتج النهائي أو النتاجات المعرفية بعد ان تكون المثيرات قد تم تحويلها خلال العمليات المعرفية .والأبنية المعرفية أو ما يسمى بالمخططات أو التراكيب المعرفية عبارة عن أبنية معرفية راسخة لدى الشخص تمثل كل معارفه عن نفسه وعن عالمه ، كذلك تشكل معتقداته ونظرياته عن الآخرين وعن نفسه وعن

العالم بمجمله (Blackburn,I.M.,&Davidson,K.M.,P.26.1990) ويعزى إلى هذه الأبنية المعرفية مصادر الاضطراب لدى الفرد ، فيرى بيك إن المرضى المكتئبين لديهم مخطط أو أبنية معرفية سلبية بينما لدى المرضى باضطرابات القلق أبنية معرفية عن العالم على اعتبار انه مهدد وليس لديهم الكفاءة الملائمة للتعامل مع هذه التهديدات(Beck , A..,1967) .

وإذا تناولنا مثالا توضيحيا في حالة الاكتئاب ، فان المنبه Stimulus بالنسبة للفرد المكتئب يكون : إن الناس لا يريدون التحدث معي ، وهذا يؤدي بدوره للبناء المعرفي المعد مسبقا Schema وتكون النتيجة : إذا تجاهلني الناس فذلك يعني انهم لا يحبونني ، إذا فأنا سيئ . ويؤدي البناء المعرفي بدوره إلى معالجة المعلومة بهذه الطريقة Information processing : الناس يتجاهلونني لغرض ما . ويؤدي ذلك أيضا إلى استدلال Inference أو نتيجة هي : إن الناس لا يحبونني . وأخيرا ينعكس كل ذلك في المزاج Mood الذي يعبر عنه بحالة حزن واضحة (Blackburn,I.M.,&Davidson,K.M.,P.27.1990)
ويمكن ارجاع أخطاء الفهم والتفسير في تشويه الواقع الى ما يلي :

اولا: المبالغة في ادراك الاشياء أو الخبرات الواقعية .

ثانيا: التعميم،حيث ان المكتئب غالبا يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعميما سلبيا .

ثالثا: الثنائية والتطرف ، اذ يميل بعض الاشخاص الى ادراك الاشياء اما بيضاء أو سوداء ، دون ادراك ان الشيء الواحد الذي قد يبدو في ظاهر الامر سيئا قد تكون فيه أشياء ايجابية .

رابعا:أخطاء الحكم والاستنتاج ، ونلاحظ في كثير من حالات القلق ، الاكتئاب العدوان ، يكون السلوك ناتجا عن خطأ في تفسير الحادثة ، بسبب عدم توفر معلومات معينة أو سياق مختلف ، فالفصامي قد يثور على طبيبه لأنه يتصور انه متواطئ مع بقية العاملين في محاولة السيطرة عليه وعلى تصرفاته (إبراهيم ، ص ص. ٢٠٥-٢٠٩) .

وتقوم فلسفة العلاج على التعديل من طريقة إدراك الشخص للمواقف وأفكاره عنها مع تحليلها وتفسيرها . ويعتبر البرت اليس Ellis (كما ذكرنا سابقا) رائدا في ابتكار ما سمي بالعلاج العقلاني الانفعالي Rational emotive therapy أو العلاج المنطقي ، والذي يقوم على أساس استبدال الأفكار غير المنطقية للمريض عن نفسه وعن الآخرين بأفكار منطقية تتناسب مع الصحة النفسية وتوصل إلى عدد من الأفكار تشيع بين العصابيين، والذهانيين ولا تشيع بين الأسوياء(Ellis , A., &Grieger , R.,1977) .

ويرصد عبد الستار ابراهيم حالة امرأة فصامية تعاني من هلاوس سمعية يومية أدت إلي حالة من الاكتئاب الشديد ، والقلق واصبح سلوكها محكوما بالأوامر والنواهي التي تأتيها بها الأصوات . وكان لديها دافعا شديدا للعلاج ، طبق معها المعالج أسلوب ملاحظة الذات Self monitor إذ طلب منها إن تسجل بطريقتها الخاصة عدد المرات التي تحدث فيها هذه الأصوات لثلاثة أيام متتالية ، ثم طلب منها بعد ذلك إن تسجل جهرا أمام المريضات الأخريات في

العنبر على جدول عدد المرات التي تسمع فيها هذه الهلاوس يوميا . ووضع الجدول في مكان ظاهر ، وكان من السهل على إي شخص في العنبر ملاحظة مدى التقدم في سلوك المريضة ،وكان الهدف إعطاء نتيجة فورية لتطور الحالة . كما كان يحرك عوامل التدعيم الاجتماعي من قبل الممرضات والمجربين والعاملات بالمستشفى ، وتضمنت التعليمات للعاملين بان يظهروا تشجيعهم بالمدح والاهتمام كلما لاحظوا تناقصا في الهلاوس اليومية (تناقص الأصوات) ويتوقف التدعيم الاجتماعي في حال فشلها . أدى الأسلوب إلى تناقص ملحوظ في الهلاوس من ١٨ مرة في اليوم الأول إلى ١١ في اليوم الثالث ، ولم تظهر في الرابع ثم زادت إلى ١٦ ثم قلت تدريجيا حتى وصلت للصفر.

(إبراهيم ،ص ص. ٢٣٤- ١٩٨٠،٢٣٥) .

وربما تكون تلك النتيجة التي وصلت أليها المريضة الفصامية مبالغ فيها بالقياس لحالة المريضة الاكلينيكية ومدى ازمانية الفصام(المريضة محجوزة بالمستشفى منذ ثلاثة عشر سنة) ورسوخ النسق الهلوسي لديها . كذلك لم يتحدد دور العلاج الكيميائي الذي بالقطع لابد إن يكون ضمن نظامها العلاجي ،ومدى تأثيره على النتيجة . لكن ذلك لا يمنع التقرير بفائدة نظام مراقبة الذات وأهميته ضمن سياقات علاجية أخري .

وأخيرا تتحدد الخصائص العامة لعلاج النفسي المعرفي على النحو التالي :

لخصائص العامة للعلاج المعرفي

العلاج المعرفي يعتبر شكلا من العلاج قصير المدى ، محدد البناء Structured يهدف إلي إمداد المرضى بالمنطق اللازم Rational اللازم لفهم مشكلاتهم وكذلك المفردات الضرورية للتعبير عن أنفسهم ، والتدريب على الأساليب الملائمة للتغلب على حالات الضغط الانفعالي ومهارات حل المشكلات .

ويذكر بلاكبورنو ديفيد سون الخصائص العامة للعلاج المعرفي على النحو التالي :

١- **العلاج المعرفي محدد الوقت** Time limited : يتراوح عدد الجلسات من (١٥-٢٢) جلسة على مدى من (٣-٤) أشهر.

٢- **محدد البناء** Structured : مدة كل جلسة لاتقل عن ساعة واحدة .

٣- **جدول الاعمال** Agenda : يحدد جدول أعمال لكل جلسة (اجندة) لتحقيق الدرجة القصوى من الاستفادة بوقت الجلسة.

٤- **التوجه نحو المشكلة** Problem oriented : يركز المريض والمعالج على تحديد وحل المشكلات المعروضة .

٥- **التاريخ السابق** A historical : يتم التفاعل في اطار جلسة العلاج وفق اسلوب "هنا والآن" ، دون الرجوع الى الماضي البعيد للمريض .

٦-**نموذج التعلم** Learning Model : لا يتم استخدام ابنية افتراضية سيكودينامية لتفسير السلوك المرضي ، ويعزى السلوك المضطرب وظيفيا الى خبرة تعلم عجزت عن التكيف مع الواقع الحالي ، ويكون الهدف هنا هو احداث نوع من اعادة التعلم للسلوك المضطرب وظيفيا.

٧-**المنهج العلمي** Scientific Method : يتم تبني المنهج التجريبي ، ويتضمن العلاج تجميع البيانات Data collection ، المشكلات ، الأفكار، الاتجاهات ، صياغة الفروض والأعداد للتجربة وتقييم النتائج .

٨-**الواجب المنزلي** Homework : يحدد للمريض تكليفات معينة عليه انجازها ، يجمع البيانات ، يتحقق من الفروض و ممارسة المهارات المعرفية.

٩-**التعاون** Collaboration : يعمل المريض والمعالج معا لحل المشكلات .

١٠-**النشاط والمباشرة** Active and directive : يتبنى المعالج دورا نشطا ، فعالا ومباشرا طول فترة العلاج ، ويحدث ان يكون معلما (احيانا) لكن دوره الاساسي يتحدد في تسهيل والمساعدة على تحديد وحل المشكلات.

١١-**الاسئلة السقراطية** Socratic question : مبدأ الطريقة العلاجية يعتمد على الأسئلة السقراطية من خلال طرح سلسلة من الاسئلة تهدف الى اجتذاب المريض لتحديد أفكاره الضمنية بغرض مساعدته على ادراك الحلول البديلة أو ليعدل أفكاره .

١٢-**الصراحة والوضوح** Openness : العملية العلاجية ليست طقسا سريا،وتقوم على الصراحة والوضوح ، ويشترك كل من المعالج والمريض في فهم ما يجري في العلاج المعرفي .

الفصل الرابع

العلاج النفسي المعرفي

في حالات الذهان المبكر (الحاد)

الفصل الرابع

العلاج النفسي المعرفي لحالات الذهان المبكر (الحاد)

منظور تاريخي لتطور العلاج

على الرغم من تزايد التوجه البحثي المتعلق باستخدام أساليب العلاج النفسي في علاج حالات الذهان المبكر والحاد في العقود الاربعة الأخيرة ، لكن يبدو انه مازالت هناك معوقات تواجه هذه التوجهات تتمثل فيما يلي :

أولا: سيادة النموذج الطبي في علاج الفصام (النموذج الكربليني الجديد) New-kraepelinian model الذي يعتبر الفصام مجرد "مرض في الدماغ "يمكن علاجه كيميائيا بواسطة العقاقير الطبية ، ونتج عن هذا التفكير التسليم بوراثية الاضطرابات النفسية ، ومن ثم حدث تدهورا ملحوظا في التعرف على الأسباب الحقيقية للمرض وعائد العلاج .

ثانيا: كان لظهور عقار النيوروليبتكسNeuroleptics عام(1950) واستخدامه على نطاق واسع بين الأطباء أثر بالغ الدلالة في التحجيم من استخدام مناحي العلاج النفسي التي تعتمد على الأساليب السيكودينامية في علاج الفصام .

(Jakson,H., et al , 1998).

وحدثت انفراجه هامة فيما بعد عام (1960) وحتى الآن فيما يتعلق التدخلات الخاصة بتعلم مهارات اجتماعية جديدة للفصاميين Bellak) and Hersen,1979) واستخدام أساليب العلاج السلوكي المعرفي في علاج حالات الاكتئاب (Beck ,A., et al , 1979) ، أيضا تبلورت الأفكار الخاصة بالتدخلات عن طريق استخدام العلاج السلوكي المعرفي في إطار الأسرة، بالنسبة للفصاميين وتضمن هذا الأمر المتغيرات الاكلينيكية والاجتماعية والاقتصادية والعائد من استخدام هذه الأساليب .

(Falloon ,I.R., 1985).

وحدث تطورا بالغ الدلالة وضحه جاكسون وزملاؤه في مسحهما للتُراث المتعلق بهذه المسألة ، وذلك عندما قدم كل من فولر وموريلي عام Foller&Morley (1989) بحثهما المشترك الخاص بعلاج الهلاوس والضلالات بواسطة الأساليب المعرفية السلوكية ، وبعد ذلك بعام واحد فقط قدم بيك وزملاؤه نموذجا للعلاج المعرفي يصلح للتعامل مع المرضى من ذوي اضطرابات الشخصية المختلفة .واقترح كل من هالفوردوهاييز Halford & Hayes عام (1991)برنامجا مشتركا للتدريب على المهارات الاجتماعية الجديدة في سياقات تأهيلية لمرضى الفصام المزمن و أسرهم .

(Jakson,H., et al , 1998) .

ويبدو ان هذا التيار من التفكير كان عميق الدلالة ، حيث كان معاكسا في ذات الوقت لتيار غالب يرسخ فكرة استبعاد العلاج النفسي المعرفي

وأساليبه من التعامل مع حالات الذهان عموما والفصام بصفة خاصة والتقليل من كفاءته واعتبروه (إي أسلوب العلاج المعرفي مع الفصاميين) غير مجدي .

فيذكر دايفيد على سبيل المثال إن البحوث العديدة التي تشير إلى كفاءة العلاج النفسي المعرفي لحالات الفصام تفتقر للأدلة الكافية . وقد تبين له شخصيا عدم وجود فروق دالة بين العلاج النفسي المعرفي ، وأسلوب الإرشاد التدعيمي Supportive Counseling ، أي الداعم للمريض ، وذلك بالإضافة للكلفة المادية المرتفعة للعلاج النفسي المعرفي .

(David ,C.,1999)

وفي المقابل يذكر جاكسون وزملاؤه انه حدثت وفرة ملحوظة في الأبحاث المتعلقة باستخدام أساليب العلاج السلوكي المعرفي ، ولا سيما في المملكة المتحدة في الفترة الأخيرة . حيث تبين إن لهذه المناحي كفاءة في علاج الهلاوس شديدة المقاومة والضلالات . كما إن معظم هذه الأبحاث أجريت على مرضى بالفصام المزمن أو بالاضطرابات الضلالية .

(Jakson,H., et al , 1998) .

والمراجعة التراثية للأبحاث المتعلقة ، تشير إن الأبحاث المشار أليها واجهت صعوبات قللت من حجم التوقعات المرجوة منها وذلك لان أغلب هذه البحوث تمت في سياق الحالة الفردية ، أو حالات المتابعة Follow up ، واعتبرت كأنها أقرب إلى الحكي القصصي منها ، إلي الدراسات العلمية التي تقبل فروضها ونتائجها منهج البحث العلمي والتعميم . مثل دراسة برادشو

Bradshaw .,1998 على سبيل المثال الذي تابع فيها حالة مريضة شابة شخصت باعتبارها حالة فصام ، نمط غير محدد , Schizophrenia Undifferentiated type،احتجزت داخل المستشفى للعلاج لمدة شهرين ثم سمح لها بالخروج و أحالتها إلى برنامج للعلاج النفسي ضمن خطة العلاج في العيادة الخارجية ، ووضعت في سياق برنامجا من العلاج السلوكي المعرفي طويل المدى استغرق ثلاثة سنوات من العلاج ، ومدة سنة متابعة وتميزت الصورة الإكلينيكية للمريضة وقت الالتحاق بالبرنامج بوجود هلاوس سمعية اضطهاديه، وضلالات ، وأفكار متكررة ، أيضا تميزت الحالة بتسطح الانفعال ، وقلق ، وانسحاب وعزلة اجتماعية، ومن الناحية السلوكية تميزت بعدم النشاط ، وعدم القُدرة على العمل ، أو أن تعيش مستقلة . واستخدمت عدة مقاييس لتقييم عائد العلاج هي: مقياس تقييم الاعراض Symptomatology ، ومقياس تقييم الوظائف النفسية الاجتماعية Psychosocial functioning ، ومقياس بلوغ أهداف العلاج ، ومقياس لتحديد عدد مرات دخول المستشفى للعلاج والفترة الزمنية التي قضتها في المستشفى كل مرة Hospitalization ، وخضعت المريضة لبرنامج علاجي سلوكي معرفي متعدد الأهداف والمحاور والمراحل .

وأشارت النتائج إلى تحسن ملحوظ على مستوى جميع المتغيرات وكذلك التمكن من الاحتفاظ بمكاسب العلاج(Bradshaw ,w .,1998) .

أيضا يبدو إن هناك عدد أقل من البحوث ركز على مفهوم الذات في علاقته بالاضطرابات الذهانية وأساليب استجابة الأفراد لاضطراباتهم ، مثل دراسة كورسي التي وصفت مفهوم الذات في علاقته بالاضطرابات الذهانية من خلال دراسة تأثير العلاج النفسي على الأشخاص اللذين يعانون من الفصام .
(Coursey , R.D.,1989).

ودراسة بيرس التي اعتبرت اكثر تحديدا حيث اتخذت توجه تطبيقي في فحصها لتأثير تطبيق برنامجا للعلاج النفسي المعرفي على أشخاص يعانون من الفصام.
(Perris , C., 1989) .

وكذلك نشر كورسي وزملاؤه بحثا وصفيا تطبيقيا تناول فيه تطبيق المفاهيم الخاصة بالعلاج النفسي الفردي بالنسبة للاضطرابات العقلية الشديدة وذلك من خلال منظور المريض ذاته (Coursey , R.D., et al, 1995).

ونلاحظ في جولتنا لهذا التراث البحثي ان غالبية البحوث التي عرضنا لها في سواء في سياق التاريخي لتطور العلاج المعرفي ، أو غيرها ممن أشرنا إليها أجريت على مرضى لديهم تاريخ طويل مع الفصام (مزمن) وبالتالي فهذا الأمر يقلل إلي حد كبير من العائد المتوقع من العلاج .

ويشير جاكسون وزملاؤه إلي أهمية متغير الزمن في مسألة العائد المتوقع من العلاج فكلما كان الفترة الزمنية أقصر بين ظهور الاعراض المرضية ، والتناول بالعلاج السلوكي المعرفي تحسنت فرص الشفاء بدرجة دالة .
(Jackson , H.I.,et al ,1996).

وفي موضع آخر يبين جاكسون وزملاؤه ، ان هناك دلا ـ كثيرة وقوية تشير إلى إن الفترة الزمنية من (5-2) سنوات بين ظهور الاعراض والتدخل العلاجي الفعال بواسطة العلاج النفسي السلوكي المعرفي من شأنه إن يقلل بدرجة دالة من حدة الاعراض ويزيد من كفاءة العائد الإيجابي المتوقع من العلاج .

. (Jackson , H.I., et al , 1998)

ونهدف هنا الى تسليط الضوء على التدخلات فيما يخص أساليب العلاج النفسي المعرفي ، واستكشاف تأثيراته على حالات الذهان المبكر والحاد، دون تدخلات كيميائية (يسمح بالتدخل الدوائي في الحالات الحادة حتى استقرار الحالة واختفاء الاعراض الحادة فقط) بلوغا إلي تصميم ببرتوكولات علاجية متعددة المناحي يمكن بمقتضاها احداث تغيرات معرفية سواء على مستوى النسق الضلالي أو الفكري لدى مريض الذهان ، ونأمل بمقتضى هذه البرامج المساهمة في العمل على حصار النظام الهلوسي الضلالي عند المريض ومساعدته في التخفف من شدة الأعراض والآلام المرتبطة بها .

بحوث متعلقة باستراتيجيات التدخل بالعلاج النفسي المعرفي .

نتعرف في هذا السياق على نماذج بحثية تتعلق بإجراءات العلاج السلوكي المعرفي لتوضح الصورة قبل الدخول في تفاصيل النتائج وخلافه . فعلى سبيل المثال قارن هادوك وزملاؤه كفاءة منحيين متقابلين في علاج الهلاوس

السمعية لدى عينة صغيرة من الفصاميين (19) فردا تم انتقائهم بطريقة عشوائية، كما وزعوا عشوائيا أيضا على نموذجين للعلاج :

النوع الأول : نموذج العلاج عن طريق تشتيت أو صرف الانتباه.

والنوع الثاني العلاج عن طريق تركيز الانتباه.

وكان الهدف التخفف من الضغوط والتشوش المحدثين بسبب الهلاوس. وتكون العلاج عن طريق تشتيت أو صرف الانتباه من عدد من الأساليب ، صممت بهدف زيادة تكرار الأفراد لنماذج معينة تشتت ، أو تصرف انتباههم، عن التركيز في الأصوات الداخلية نتيجة الهلاوس . وتضمن هذا الأمر تطبيقات منظمة لأساليب مثل **الاستماع لجهاز مسجل شخصي واستخدام سماعة الأذن** (هيدفون)، أو **أسلوب القراءة المكثف** بأن يطلب من المريض القراءة بصوت مرتفع وبصورة مكثفة ، في سياق ما يمكن تسميته باستخدام **عضلات** الصوت (اللفظنة) .

والنوع الثاني :العلاج عن طريق تركيز الانتباه ، وهنا يطلب من الأفراد أن **يقحموا أنفسهم في أصواتهم الداخلية** بأسلوب تدريجي بغرض التخفف من حدة القلق المرتبط بالمعارف والمعتقدات المضطربة ، ثم تناقش المعاني وراء كل ذلك ويتم تعديلها للتقليل من تأثيراتها على المرضى .
(Haddock , G., et al , 1996) .

وقدم كل من كنجدونوتوركنجتون، في كتابهما الهام العلاج السلوكي المعرفي للفصاميين ،طريقة جديدة أسموها " **استراتيجية الاستجابة المنطقية** Rational responding في علاج الذهان . (Kingdon , D.G., &Turkington ,D., 1994) . وقدم شادفيك ولوفي Chadwick &Lowe (1990)في مقالهما : قياس وتعديل المعتقدات الضلالية طريقة أسموها " **استراتيجية تعديل المعتقدات** (Chadwick ,P., &Lowe ,F., 1990)كذلك استخدمت أساليب معرفية في علاج القلق والاكتئاب ، وتم استخدام هذه الأساليب فيما بعد لزيادة قدرة الأشخاص في السيطرة على الهلاوس والتقليل من الضغوط والآلام النفسية المرتبطة بها ، ويرى هادوك وزملاؤه إن أسلوب تشتيت أو صرف الانتباه ، وأسلوب تركيز الانتباه أظهرا كفاءة دالة في التقليل من كمية الوقت المستغرق في الهلاوس ، وكذلك مستوى التشوش الذي تحدثه ، كما أمكن قياسها (الهلاوس) بأسلوب القياس السريع(Haddock , G., et al , 1996).

ويبدو إن التراث البحثي المتعلق بدراسات الحالة وحالات المتابعة فيما يتعلق بعلاج الاعراض الإيجابية للذهان (الهلاوس والضلالات) ، مازال في حاجة إلى عدد أكبر من البحوث أكثر انضباطا من الناحية المنهجية الشكلية ، لتأسيس برنامجا للعلاج النفسي السلوكي المعرفي لمرضى الذهان ، لكن ذلك لا يمنع التقرير بظهور أبحاث منضبطة منهجيا إلى حد كبير مثل دراسة تارير

وزملاؤه (Tarrier , et al ,1993) التي هدفت إلى فحص كفاءة العلاج السلوكي المعرفي ، وقارن خلالها منحيين مختلفين للعلاج السلوكي المعرفي :

الأول : المنحى المطور لاستراتيجية التعامل مع الاعراض.

والثاني :منحى مهارة حل المشكلات Problem solving وذلك لعلاج الهلاوس المستمرة والضلالات على عينة من (27) مريضا يعالجون بعقار النيوروليبتكس ومازالوا يشكونَ من الاعراض . تضمن منحى التعامل مع الاعراض المطور تقييما منظما لاستراتيجيات التعامل الواقعية الخاصة بالفرد للتعامل مع هلا وسه وضلالاته .

وصمم برنامجا علاجيا للارتقاء بهذه الاستراتيجيات . وبالنسبة للمنحى الثاني لم يهدف التعامل المباشر مع الذهان ، بل ركز على عدد صغير من المشكلات الأساسية ؛ وتم توظيف الإجراءات لمساعدة المرضى في تطوير الاستراتيجيات ، التي تم تصميمها فيما بعد للتعامل مع المشكلات الرئيسية . وتبين للباحث إن كلا المنحيين حقق انخفاضا دالا فيما يتعلق بأعراض القلق والضلالات مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلق هذا العلاج .
(Tarrier ,N., et al , 1993).

ولكن يبدو ان نتائج هذا البحث على الرغم من كفاءة المنهج المستخدم لا تستطيع إن تدفع بان التحسن الظاهر في الاعراض مرجعه الوحيد العلاج النفسي المعرفي ، دون الوضع في الحسبان التأثير التراكمي لجرعات

النيوروليبتكس من جهة . كما إن الغموض الذي أحاط بعينة الدراسة خاصة ما يتعلق بنوعية التشخيصات الاكلينيكية ومستويات حدة المرض يجعلنا نراجع هذه النتائج بدقة ولا نتسرع في وضع حكم قبل التأكد من تقييم معايير التشخيص وحدة المرض .

بحث دروري وزملاؤه الأول(Drury , V., et al , (1996:1 .

هدف إلى استكشاف إمكانية التخفف من حدة الأعراض الإيجابية في حالات الذهان الحادة باستخدام العلاج النفسي المعرفي ، وتكونت العينة من مجموعة من المرضى المقيمين تم انتقائهم وفقا لمحكات تشخيصية محددة ، وتتسع أحيانا تلك المحكات لتستوعب أفرادا بالهلاوس والضلالات والسلوك غير السوي ، وتم استبعاد المرضى بتشخيصات الاضطرابات القطبية أو الهوس الخفيف . أيضا تم استبعاد المرضى باضطرابات الزملة العضوية Organic syndrome وحالات الخلط والاضطرابات المرتبطة بتعاطي المواد النفسية وسوء استخدام الكحول .

وزع المرضى عشوائيا على مجموعتين ، **الأولى:** هي المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج المعرفي وتكونت في صورتها النهائية من (20)مريضا .

والمجموعة الثانية : مجموعة ضابطة ، حصلت على نفس عدد ساعات المجموعة التجريبية وتعرضت لبرنامج تضمن العديد من الأنشطة

العلاجية و الترفيهية ، ودعما نفسيا بصورة غير محددة البناء ، وتكونت العينة في صورتها النهائية من (40) مريضا . تلقى أفراد المجموعتين عقار النيورليبتكس الذي وصفه الأطباء لأفراد المجموعتين .

أدوات الدراسة : استخدم الباحث الأدوات التالية لتقييم الاعراض وهي:

أولا: مقياس التقييم السيكايتري ، لتقييم الاعراض أسبوعيا .

ثانيا: مقياس التقييم الذاتي لتقييم مدى رسوخ المعتقد الضلالي ، ويقيم هذا العرض أسبوعيا أيضا .

ثالثا: مجموعة منتقاة من الأسئلة الخاصة بورقة فحص الحالة السيكايتري تتعلق بفحص وضع الحالة في الوقت الحالي Present mental status examination للكشف عن الاعراض الذهانية المحورية .

وفيما يتعلق بالمعتقدات الضلالية التي ظهرت أثناء تطبيق مقياس التقييم السيكايتري سواء في المقابلة الأولية ، أو الثانية تم مناقشتها بتفصيل أكثر مع المريض ، ولا يتم توثيق المعتقد ما لم يكن المريض راضيا عن صياغة عباراته . وأيضا مع ما تم التوصل إليه نتيجة تطبيق مقياس التقييم الذاتي لمدى رسوخ المعتقد الضلالي ، وتسلمت كل مجموعة برنامجا علاجيا بمتوسط (8) ساعات أسبوعيا اشتمل على ما يلي .

أولا : **العلاج المعرفي**

تكون من أربعة إجراءات فردية وجماعية ، يمكن تطبيقها بطريقة مرحلية طوال مدة العلاج على النحو التالي :

العلاج المعرفي الفردي ، يطبق في سياق من العلاقة المدعمة التي تشتمل على روح التحدي واختبار المعتقدات الضلالية الأساسية ، (لمدة ثلاث ساعات أسبوعيا) .

العلاج المعرفي الجمعي ، يطبق على مجموعات صغيرة لا تزيد عن (٦) أشخاص ، يشجع المرضى خلال الجلسات على ملاحظة معتقدات الآخرين التي تكون في الغالب غير متسقة وغير منطقية . ويطلب منهم وضع تفسيرات بديلة لهذه المعتقدات ، أيضا يتم مساعدة المرضى على تفهم وتطوير اساليب جديدة في التعامل مع الاعراض السلبية للفصام ،(ويتضمن في ذلك الانتكاسة المحتملة) وتحدى المعتقدات التقييمية السلبية عن الذهان والمواجهة الشاملة للمرض بديلا عن البحث عن ملاذ داخل الخبرات الذهانية ذاتها ، (لمدة ثلاث ساعات أسبوعيا).

العلاج الأسرى ، يتضمن من جلسة إلى جلستين من الإرشاد وتوجيه الأسر لطرق المساعدة الصحيحة للتعامل مع المريض ، وكيفية دعم محاولاته في علاج الاعراض ، خاصة المعتقدات الضلالية ، أيضا يتم تشجيع الأسر على

تفهم المنطق من استخدام البرنامج وأهمية التعاون لتنفيذ البرنامج ، (لمدة خمس ساعات أسبوعيا).

برنامج خاص بالأنشطة محدد البناء ، ينفذ هذا البرنامج خارج إطار العنبر في جو من الطمأنينة والراحة ويشتمل على أنشطة تهدف تحسين علاقات المريض الشخصية ومهارات الرعاية الذاتية ، والطبخ ، وانشطة إبداعية ، وحلقات جماعية للنقاش ... الخ ، (لمدة خمس ساعات أسبوعيا).

ثانيا : العلاج الدعمي الترفيهي

اشتمل على مجموعة من الأنشطة الاجتماعية تدار بعيدا عن نطاق العنبر مثل الجلوس في غرفة هادئة لسماع موسيقى ، الخروج في نزهات ، والاشتراك في أنشطة جماعية اجتماعية .

نتائج الدراسة

أظهرت النتائج إن كلا المجموعتين أظهرتا انخفاض ملحوظا بالنسبة للأعراض الإيجابية أثناء الأسبوع الثاني عشر من فترة الإقامة بالمستشفى ، وكما توقع الباحث ، تبين إن الانخفاض في الاعراض الإيجابية كان دالا بالنسبة للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة ، ولم يكن قد تبين وجود فروق بين المجموعات وقت دخول المستشفى ، لكن ظهرت فروقا دالة بين المجموعتين ابتداء من الأسبوع السابع واستمر الفرق حتى الأسبوع الثاني عشر .

ومن ثم خلص الباحث إن العلاج المعرفي أظهر معدلا أسرع في خفض الاعراض الإيجابية بالنسبة للأسبوع الثاني عشر من التدخل ، وبدلالة إحصائية أقل بالنسبة لأعراض الإيجابية للأسبوع السابع والأسبوع الثاني عشر مقارنة بالمجموعة الضابطة ، وأظهرت تقديرات التقييم الذاتي انخفاضا ملحوظا دالا بالنسبة لرسوخ المعتقد والانشغال به على مدى فترة الاثنتي عشر أسبوعا التالية لدخول المستشفى بالنسبة للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة ، ولم يكن قد تبين وجود فرق بين المجموعتين بالنسبة لرسوخ المعتقد عند دخول المستشفى ، لكن ابتداء من الأسبوع السابع ظهرت فروق مرتفعة دالة واستمرت حتى الأسبوع الثاني عشر ، وفيما يتعلق بأعراض التفكك ، أظهرت النتائج انّخفاضا دالا بالنسبة لكلا المجموعتين على متغير تفكك التفكير أثناء الاثنتي عشر أسبوعا الأولى من العلاج ، وحدثت استجابة للعلاج بالنسبة للأعراض الإيجابية وأعراض التفكك ، وبالنسبة للأعراض السلبية انخفضت في كلتا المجموعتين ، على مدى الاثنتي عشر أسبوعا الأخيرة من التدخل العلاجي ، وفي الأسبوع الثاني عشر بلغت التقديرات مستوى الدلالة الإكلينيكية ، ولم يختلف الفرْق بين المجموعتين .

وأشارت نتائج متابعة الحالات بعد تسعة أشهر من العلاج إلى انخفاض أقل بالنسبة للأعراض السلبية لدى المجموعة التجريبية بدرجة دالة مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة،كما إن (95%) من أفراد المجموعة التجريبية مقابل (44%) من أفراد المجموعة الضابطة قرروا عدم وجود هلاوس أو ضلالات أو كونها

موجودة لكن بدرجة ضئيلة للغاية ، وأظهرت المجموعة التجريبية استجابة أفضل (عائد) مقارنة بالمجموعة الضابطة على مقياس التقدير الذاتي لرسوخ الضلال بعد تسعة اشهر من المتابعة .

(Drury , V., et al , 1996:1) .

ونعتقد ان هذا البحث على الرغم من اكتمال منهجه ، قد أنجز شيئا هاما أشرنا إليه في السابق ، وهو وضع العلاج المعرفي في سياق مع أنشطة معرفية أخرى ، وعلى الرغم من التداخل الموجود في النتائج بين المجموعتين فأنها (أي الدراسة) تفتح المجال لابتكار أساليب جديدة ، أو تطوير الأساليب الموجودة على النحو الذي يثري أساليب العلاج المعرفي من جهة ، ويوسع من رقعة الأدوات والأساليب المستخدمة لتتضمن معظم حالات الذهان .

بحث دروري وزملاؤه الثاني(1996:2) , Drury , V., et al

هدف البحث الى تحديد تأثير التدخل ببرنامج العلاج المعرفي على الفترة الزمنية المستغرقة للشفاء من أعراض الذهان الحاد باستخدام ثلاثة تعريفات مغالية التشدد في تحديدها للشفاء حيث لا يتضمن (الشفاء) الاعراض الإيجابية فقط وهي الهدف العلاجي المباشر بل يتضمن الشفاء أيضا التفكير الذهاني والاستبصار والاكتئاب .

منهج الدراسة

اشتمل المنهج المستخدم في الدراسة فيما يخص تحديد الحالة ، محكات التضمين لعينة الدراسة ،خطة العلاج وتقييم العائد من العلاج ، على نفس مواصفات الدراسة السابقة.

أدوات الدراسة .

مقاييس لتقييم المزاج الاكتئابي ، والاستبصار، والتفكير الذهاني بعد الأشهر الستة التالية لحدوث الذهان الحاد .

تعريفات الشفاء .

تمّ انتقاء ثلاث تعريفات مغالية في التشدد وهي:

أولا: التخلص من أعراض الذهان الإيجابية ، واستخدم مقياس التقييم السيكايتري بالنسبة للهلاوس والضلالات واضطراب التفكير .

ثانيا:الشفاء الشخصي ، ويتم التقييم بمقارنة مدى ما حققه المرضى من درجات متباينة من الشفاء بخط الأساس (الحالة قبل تلقي العلاج) .

ثالثا: الشفاء الإكلينيكي ، يتميز باستعادة الاستبصار للمريض وغياب الاعراض النوعية مثل المزاج الاكتئابي ، والتفكير الذهاني ، ويتضمن التعريف الإكلينيكي للشفاء ثلاثة عناصر وهي : الشفاء الشخصي من الاعراض الإيجابية (باستخدام تعريف ٢) ، والشفاء بزيادة الاستبصار والتخفف من الاعراض قبل الذهانية غير المحددة .

تكونت عينة الدراسة من **مجموعة من المرضى** المقيمين ممن خبروا حديثا بأول نوبة ذهانية والتحقوا بجناح طب نفسي الحالات الحرجة ، وزع المرضى عشوائيا على مجموعتين الأولى: تلقت علاجا سلوكيا معرفيا عبارة عن عدد من الجلسات الفردية ، وجلسات علاج جماعي واسري .

والمجموعة الثانية :ضابطة ، تسلمت العلاج المعتاد في العنبر ، وبينت النتائج إن العلاج السلوكي المعرفي استغرق وقتا أسرع في التخفف من الاعراض(%50-25)كما انخفضت مدة الإقامة بالمستشفى بنحو (%50)تقريبا مقارنة بالمجموعة الضابطة أيضا بينت النتائج انخفاضا في معدلات الانتكاسة بالنسبة للمجموعة التي تلقت العلاج السلوكي المعرفي ،و أشار الباحث انه من الدلالات الهامة للدراسة أنها لفتت الأنظار إلى أهمية تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي أثناء المرحلة المبكرة من الذهان ، وكذلك أثناء الحالات الحادة .

. وان فوائد تطبيق البرنامج تتعاظم إذا كان التدخل السيكولوجي مبكرا حيث يقلل من حدة النوبات في المستقبل وأيضا يبطئ من تطور المرض (Drury , V., et al , 1996:2). ونتفق مع ما توصل إليه الباحث وزملاؤه وكذلك مع أهمية التدخل المبكر بالعلاج النفسي المعرفي في المراحل المبكرة من المرض . وان كان هذا الأمر يلقي بالمسئولية على أهمية تشخيص هذه الحالات والتعرف عليها مبكرا . وهذه المسألة للأسف الشديد ما زالت محل مناظرات شديدة في العيادات الاكلينيكية وبين الممارسين ،حيث ماتزال لافتات

تشخيصية مثل :الفصام المبتدئ Incipient Schizophrenia حيث النوبات الأولى للفصام والتي تظهر مع بواكير سن الشباب ، مازالت محل خلافات شديدة بين الأنظمة التشخيصية ذاتها وبالتالي بين الممارسين داخل العيادات الاكلينيكية .

وخلاصة القول انه على الرغم من التعريفات التي حددناها في متن بحثنا عن الذهان المبكر وطرائق تشخيصه ، ما زال من الصعب الكشف المبكر عن هذه الحالات ، كما إن السياق الاجتماعي ومسألة "وصمة المرض النفسي" ، ما زالت تقف حجر عثرة في الطريق ، إذ يتجنب الأهالي قدر الإمكان الوصول بمريضهم للعيادات في بدايات المرض تحت مظلة من الاعتقادات الدينية والاجتماعية والغيبية . واخيرا يصل المريض للعيادة وقد تمكن الفصام منه .

بحث جاكسون وزملاؤه(1998), Jackson , H., et al .

هدفت الدراسة إلى تحقيق مزيد من التطوير لأساليب العلاج وتحسين التدريب والتقييم ، وتكونت العينة من (80) فردا تم تقسيمهم على ثلاثة مجموعات ، الأولى(44) فردا يمثلون المجموعة التجريبية ، والثانية (21) فردا رفضوا العلاج المعرفي ، لكن استمروا يتلقون الخدمات العلاجية الاخرى ، والثالثة (15) فردا يمثلون المجموعة الضابطة ، وتسلمت هذه المجموعة علاجا عن طريق العيادات الخارجية فقط ، ولم يتبين فروقا دالة بين أفراد العينة على متغيرات العمر ، السن وقت بداية المرض ، طول مدة المرض ، مدة الإقامة

بالمستشفى ، متوسط الجرعة اليومية من عقار مضاد الذهان ، وأيضا متغيرات الحالة المدنية والجنس ، لكن وجد اختلافا دالا بالنسبة لمتغيرات التشخيص والمستوى التعليمي .

أدوات الدراسة.

أولا: قائمة البيانات الديمجرافية Demographic Data ، وتضمنت السن ، الجنس ، الحالة المدنية ، التعليم ، التشخيص ، العمر وقت بداية المرض، طول فترة الإقامة بالمستشفى ، متوسط الجرعة اليومية من مضاد الذهان .

ثانيا: الدليل الإحصائي التشخيصي الأمريكي الرابع DSM-1V

ثالثا: المقاييس النفسية ، واشتملت على مقياسين هما :

مقياس النموذج التفسيري : ويعكس مدى فهم الشخص ، وكذلك معتقداته عن مرضه ، وتحديد خمسة مجالات من النماذج المرضية الفردية هي: سبب المرض ، وقت وأسلوب بداية الاعراض ، المرض ذاته ، وجهة المرض ، ووجهة العلاج .

مقياس التكامل / التناثر ، تم تطويره على غرار مقياس ليكرت ذو النقاط الستة بحيث تمثل نهاية النقطة أعلى درجة من التناثر ، وأقل الدرجات على المقياس تمثل التكامل .

رابعا: مقاييس تقييم الاعراض ، واشتملت على ما يلي .

مقياس التقييم السيكايتري المختصر .

قائمة تقييم الاعراض السلبية .

قائمة بيك للاكتئاب .

قائمة الاعراض العامة .

مقياس نوعية الحياة .

تم انتقاء أفراد العينة وفقا لمحكات التضمين ، ووزعوا على معالجين من أفراد الفريق العلاجي وتحت إشراف الباحث وزملاؤه ، قدم العلاج المعرفي خلال فترة من (6-4)أسابيع من دخولهم مركز الوقاية والعلاج من الذهان المبكر ، مدة الجلسة (40) دقيقة ، وتقدم الجلسات مرة أو أكثر أسبوعيا ، ويعتمد ذلك على حالة المريض الذهنية . ويشتمل العلاج على أربعة مراحل هي : الثقييم /الاندماج / التكيف / الأحداث الثانوية المرتبطة بالمرض . ويمضى المعالج فترة من (4-3) جلسات في تقييم الفرد وتحديد المشكلات التي تمثل هدف العلاج ، فعلى سبيل المثال يقدم النموذج التفسيري للمريض بالذهان تأثيرات الذهان على رؤيته لذاته ، وتقديره لذاته ، والأحداث الثانوية المرتبطة بالمرض . وتتطور اجندة العلاج المعرفي في الجلسة الرابعة أو الخامسة ، عندما يبدأ المعالج في اقتحام المشكلات ، وعادة تتضمن اجندة العلاج المعرفي قضايا نفستعليمية Psycho-educational Issues ، والانسحاب الاجتماعي ، وقضايا تخص مشاعر الإحساس بالوصمة من كونه مريضا بالذهان ، وأيضا المشكلات المتعلقة بالدافعية نحو الشفاء من المرض ، ويتم التعامل مع هذه

المشكلات في سياق العلاج المعرفي . وتستمد أساليب العلاج من السياق ذاته النظري وتطوراته الأخرى لتشكل المسودة الأولى الكاملة لدليل العلاج المعرفي ويتم ذلك باتفاق المعالج مع المشرفين على الدراسة ، عدد الجلسات (15)جلسة وهي الحد الأدنى المسموح بحضوره .

إجراءات التقييم ونتائج الدراسة

تم تقييم الأفراد مرة قبل العلاج (خط الأساس) ومرة بعد العلاج . وخلصت الدراسة **إلى النتائج التالية :**

اولا: لم يتبين وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعات الثلاثة على مقاييس التكامل/التناثر ، النموذج التفسيري ، تقييم الاعراض السلبية ومقياس التقييم السيكايتري المختصر .

ثانيا: هناك اتجاه لوجود فروق بين المجموعات على مقياس قائمة الاعراض العامة ومقياس التقييم السيكايتري المختصر بمتوسطات أعلى نسبيا لصالح المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) وأقل بالنسبة للمجموعة الضابطة في حالة قائمة الاعراض العامة ، وأقل بالنسبة للمجموعة الرافضة بالنسبة لقائمة بيك للاكتئاب .

ثالثا: فيما يتعلق بالانتكاسة ، تم تحديدها في ضوء عودة المريض لدخول المستشفى مرة ثانية ، وتبين عدم وجود فروق دالة بين المجموعات الثلاثة على هذا المتغير .

وخلص **الباحث** إلى نتيجة مفادها إن الأفراد اللذين تلقوا العلاج المعرفي حصلوا على درجات أعلى مقارنة بالمجموعة الضابطة على أربعة مقاييس من سبعة ، كما إن أفراد المجموعة التجريبية كان أدائهم الأسوأ على قائمة بيك للاكتئاب مقارنة بالمجموعة الرافضة وقرر إن هذه النتيجة قد تكون مشجعة للباحثين في التركيز على أهمية العلاج النفسي في حالات الذهان ، وكما تشير النتائج بالنسبة للأداء على مقاييس التكامل/التناثر والنموذج التفسيري إن التدخل بالعلاج النفسي يؤدي لمزيد من التغيرات الإيجابية في اتجاهات الشخص نحو العلاج (Jackson , H., et al , 1998) .

ويبدو إن الدراسة على هذا النحو حققت المبتغي منها من تسليط الضوء على إمكانية تطبيق العلاج المعرفي على حالات الذهان المبكر . وبالنسبة للنتائج فالأمر في حاجة لمراجعة خاصة ما يتعلق بمحتوى البرامج العلاجية المقدمة ومهارة الاختصاصيين الإكلينيكيين الذين يطبقون إجراءات البرنامج .

بحث هادوك وزملاؤه (1998), Haddock , G., et al

هدفت الدراسة إلى فحص التراث البحثي المتعلق بالكشف عن كفاءة العلاج السلوكي المعرفي للمرضى بالذهان الحاد ، والمرضى حديثي العهد بالنوبات الذهانية ، بهدف التوصل إلي عناصر أساسية تشكل برنامجا لعلاج سلوكي / معرفي متكامل ، وصمم برنامجا للتعامل مع المرضى المقيمين لفترة (٥) أسابيع فأكثر بالمستشفى ، وأيضا بالنسبة لمرضى العيادات الخارجية ويحضرون

للمتابعة ، وتجرى جلسات العلاج عادة في العنبر ، ويمكن إجراؤها خارج العنبر. تميز أفراد العينة اللذين تم مقابلتهم بوجود هلاوس سمعية وبصرية أو الضلالات، وبعض هذه الاعراض اختفى بسرعة أثناء الأيام الأولى من العلاج مع المتابعة بعقار النيوروليبتكس. وهدف التدخل بالعلاج السلوكي المعرفي إلى التركيز على منع الانتكاسة وعلاج المشكلات المرتبطة بالمرض مثل القلق ،الاكتئاب و انخفاض تقدير الذات .

تم تصميم برنامجا علاجيا ذو طبيعة معرفية / سلوكية أحدث تأثيرا إيجابيا دالا بالنسبة لمرضى الذهان المزمن تضمن العناصر التالية .

التقييم والالتحام

يركز التقييم بالإضافة للأعراض الإيجابية (الهلاوس والضلالات) على الانعصابات الحادثة نتيجة الإقامة بالمستشفى ، والقلق والاكتئاب ، وانخفاض تقدير الذات ، احتمالية محاولة الانتحار أحيانا ، بالإضافة إلى الافتقار للوظيفة الاجتماعية نتيجة للإقامة بالمستشفى ، والاحتياجات المتعلقة بالتكيف الاجتماعي والحاجة للمال والعوامل الأسرية ، وأخيرا التفاعل بين كل هذا وذاك، ويستخدم مقياس التقييم السيكايتري لكراويكا وزملاؤه أو فصل الذهان من ورقة المشاهدة الإكلينيكية السيكايتريةPsychiatric Clinical Sheet الجزء الخاص بفحص الحالة الحالي . أيضا كان لابد من الاستعانة بتقييم إضافي لتحديد الأعراض أو المشاكل الرئيسية (المفتاح) والحصول على المعلومات

الكافية للمعالج ، ويتم التوصيف العملي للمشاكل (المفتاح) ، ومن الضروري موافقة المريض على التوصيف لتحديد كافة مناطق التدخل العلاجي المباشر .

صياغة المشاكل (المفتاح) .

بمجرد توطيد العلاقة بين المعالج والمريض،وتحديد المشاكل (المفتاح) تتحدد أولويات المشاكل عند التناول العلاجي،ويتم ترتيب الأولويات وفقا لما يلي :

أولا: الضغوط الذاتية الخاصة بكل مشكلة .

ثانيا: دافعيه الشخص للتغيير .

ثالثا: درجة الجهد المبذول لاحتمال التغيير.

رابعا: العواقب المحتملة عند إزالة المشكلة أو حلها . ويتعين بعد ذلك تقديم ملخصا لمادة التقييم للمريض في شكل رسم بياني يناقشه المعالج مع المريض.

التدخل العلاجي

بعد أن يتم الاتفاق على المشاكل والأعراض (المفتاح) ومعلقاتها يبدأ المعالج تقديم تدخلات نوعية ، أما أن توجه مباشرة لتخفيف حدة الاعراض الذهانية ، أو توجه بطريقة غير مباشرة لحل المشكلات المرتبطة بالأعراض الذهانية مثل القلق والاكتئاب اضطراب الوظائف الاجتماعية ، الاعراض السلبية ....الخ .

أولا : الهلاوس السمعية .

يهدف المعالج إلى التقليل من تكرار الهلاوس أو استمرارها ، وزيادة كفاءة السيطرة عليها والتقليل من الانعصابات المرتبطة بها ، ومن الأساليب العلاجية المؤثرة في علاج الهلاوس السمعية ما يلي :

أسلوب تشتيت أو صرف الانتباه ، ويتم عن طريق لاستراتيجيات التالية.

القراءة المكثفة .

الاستماع لمقطع أو فقرة شيقة .

الاستماع لمقطوعة موسيقية باستخدام المسجل الشخصي .

أسلوب التركيز والعرض

ويهدف مساعدة الأفراد في تعريض أنفسهم لمحتوى أصواتهم للتقليل من القلق المحيط بهذه الأصوات ودمج الأفراد في عمليات مراقبة ذاتية متزامنة ، وتسجيل لخصائص ومحتوى أصواتهم في سياق العلاقة العلاجية الآمنة غير المهددة .

أسلوب الاستجابة المنطقية

يتضمن مساعدة المريض أن يحدد بدقة محتوى الأصوات والاضطرابات المعرفية المرتبطة بهذه الأصوات وذلك بهدف استحداث استجابات معرفية بديلة ..

ثانيا : تعديل المعتقد

يتضمن منحى تعديل المعتقد واختبار الواقع مساعدة الفرد فيما يتعلق بالأسئلة الحساسة عن الدليل على صحة المعتقد ، وتهيئته لاختبارات سلوكية عن واقع الدليل الخاص بهذا المعتقد ويتم ذلك كما يلي .

تحليل البيانات بعناية وفحص الأدلة التي يستخدمها المريض لتدعيم معتقده .

يجرى اختبارا لهذه الأدلة بمساعدة المريض ، ويتم فحص التفسيرات البديلة لتأكيد أو عدم تأكيد المعتقد .

يستخدم المنطق السقراطي لإظهار عدم منطقية الدليل ، وبالتالي يضعف اقتناع المريض بالمعتقد .

وعلى الرغم من فعالية هذا الأسلوب في التقليل من قناعات المريض بمعتقداته الضلالية فان هناك محاذير ينبغي مراعاتها ، وذلك إن هذه الاستراتيجية تستخدم فقط في سياق العلاقة العلاجية القوية بين المريض والمعالج. ولا يبدو الأمر على انه مجرد مواجهة أو اعتراض على منطق أو وجهة نظر المريض . أيضا يوضع في الاعتبار إن هناك أنواعا معينة من الضلالات ذات وظيفة حيوية للفرد مثل معتقد " ضلال العظمة " الذي يكون أحيانا مصدرا لبناء الثقة بالنفس . ومن ثم قد يؤدي التعامل معه علاجيا إلى عواقب ضارة ومؤذية للمريض (Haddock , G., et al, 1998) .

ونستخلص من مراجعتنا لتراث الدراسات المتعلقة باستخدام استراتيجيات العلاج النفسي المعرفي الحقائق التالية :

أولا : أهمية العلاج المبكر لحالات الذهان المبكر والحاد ، واستخدام أساليب العلاج النفسي المعرفي في هذا الصدد . ويستتبع ذلك بالضرورة أهمية الكشف المبكر عن هذه الحالات عن طريق تحري الدقة في تشخيصها . وقبل ذلك عدم التلكؤ في استشارة المختصين عند التأكد من حدوث تغيرات في الشخصية ، خاصة في مرحلة المراهقة المتأخرة (قبل سن العشرين) .

ثانيا: أهمية الوضع في الاعتبار عند التقييمات البحثية لأساليب العلاج النفسي المعرفي إن تحدد متغيرات الدراسة بدقة ، خاصة ما يتعلق بمستوى الدقة في تشخيص الحالات ، ومستوى ودرجة نشاط الاعراض (هلاوس أو ضلالات) المطلوب التدخل لعلاجها ، إذ إن أي تباين في مستوى نشاط الاعراض يؤثر سلبيا على النتائج ، وكذلك النظر في كفاءة المعالجين القائمين بهذه الإجراءات . أيضا يجب ضبط متغير العلاجات الدوائية حيث إن وجودها ، أو عدم وجودها يؤثر بالقطع في نتائج البحث ، ويعكس نتائج زائفة ويفضل عزل هذا المتغير في حالة استغناء جميع أفراد العينة عن الدواء وفقا لتقرير الطبيب المختص .

ثالثا: العلاج النفسي المعرفي ليس نشاطا منفردا ، أو هو مجرد جلسة علاجية يجلسها المعالج مع مريضه ويكلفه في نهاية الأمر بحزمة من الواجبات

المنزلية ، بل يجب اعتباره سياق علاجي كامل يهدف إلى تنشيط العقل وتحريك المعارف والمعتقدات القديمة واستبدالها بأخرى أكثر سواء ، وتنمية مهارات واكتساب مهارات جديدة تزيد من رقعة تفاعل الشخص مع الواقع والآخرين ، ومن ثم يستلزم وجوده ضمن زملة من ألا نشطه التأهيلية ، النفسية والاجتماعية والأسرية والرياضية ، وبالتالي نتوقع زيادة كفاءته وفعاليته سواء على مستوى التخفف من أو توقف الاعراض النفسية المعوقة مثل الهلاوس والضلالات أو الأفكار الاكتئابية الانسحابية وأيضا على مستوى كفاءة وفعالية الشخص ذاته في علاقته بذاته وبالعالم .

رابعا: ضرورة توخي الحذر عند تصميم برنامجا للعلاج النفسي المعرفي يتعامل مع بعض الضلالات الخاصة ، والتي قد تكون الميكانزيم الدفاعي الوحيد للمريض والذي بالتعامل معه ومعالجته قد تتدهور حالة المريض ، ويتحول من مجرد ضلال الى مريض فصامي صريح ، لذا يجب التنويه الى ان هذا الامر يتطلب خبرة خاصة واستشارة لمعالجين أقدم.

خامسا: أمكن بعد المراجعة التراثية تصميم برنامج علاجي معرفيا يتعامل مع حالات الذهان المبكر والحاد ، مستمدة أغلب عناصره من المراجعة التراثية لما نشر حول هذا الموضوع ، يتعامل مع الهلاوس البصرية والضلالات والمعتقدات الخاطئة ، في سياق علاجي فردي وجمعي ، وحاولنا الإفادة من الخبرات السابقة عند تصميم هذه النماذج العلاجية .

الفصل الخامس

نماذج علاجية مقترحة للتعامل مع حالات الذهان المبكر والحاد

الفصل الخامس

نماذج علاجية مقترحة للتعامل مع حالات الذهان المبكر والحاد

بلوغا لهذه المرحلة من الكتاب ، ونتيجة للمسح التراثي المتعلق بالتدخل عن طريق العلاج النفسي المعرفي لحالات الذهان المبكر والحاد ، نقترح نماذجا علاجية يمكن أضافتها إلى منظومة العلاجات النفسية الأخرى ، و قد نعتبرها مجرد خطوة على الطريق في سياق الممارسة الإكلينيكية ، التي تفتقر إلى هذه الأشكال محددة البناء من النماذج العلاجية ، والتي نعتقد بشدة حاجة مجال العمل الإكلينيكي لها .كما عبر عن ذلك العديد من الممارسين الإكلينيكيين من أطباء نفسيين وأخصائيين نفسيين إكلينيكيين.

ونبه الى إن هذه النماذج العلاجية وعلى الرغم من تطورها والعائد الإيجابي المتوقع من تطبيقها كما أشارت مراجعات التراث ، خاصة بالنسبة لحالات الذهان المبكر والحاد ، وعلى الرغم من الثورة المعرفية ، والاكتساح الهائل لمفاهيم علم النفس المعرفي على المستويات الأكاديمية والشعبية بالدرجة التي يمكن وصفها باعتبارها (علم النفس المعرفي والبحث فيه) " موضة العصر"، لتلاقي مفاهيمه وطرائقه مع الزخم المعرفي والتقني الذي يميز عصرنا الحالي .

ننبه الى إن هذه النماذج لا يمكن الاعتماد عليها بصورة منفردة في تحقيق النتائج المرجوة . بل يجب الاعتماد عليها في سياق منظومة علاجية متكاملة تأهيلية ، تتضمن علاجا دوائيا لو تطلب الأمر . خاصة في الحالات الحادة ، حيث يزيد نشاط الأعراض ، وحيث لا يمكن الاستغناء عن الدواء وقت النوبة Episode ايضا . وكذلك الحالات المزمنة التي اصبح أمر استقرار خمود نشاط الاعراض لها مرهونا ببرنامج دوائي خاص ، محدد النوعية والجرعة، وهنا يصبح التدخل بالعلاج النفسي ضرورة موازية (وليس معوقا للعلاج الدوائي) بهدف تأمين السيطرة على الاعراض الايجابية ، ومنع الانتكاسة ، وتحفيز ، ودفع المريض على التقليل من تأثيرات الاعراض السلبية للذهان خاصة . كما يتطلب الأمر علاجا اسريا حقيقيا . في سياق وقفة جادة مع الأسرة وإمدادها بالدعم النفسي والمعلومات الارشادية المطلوبة.أيضا يتطلب الأمر تدخلات معرفية لتصحيح المفاهيم والأفكار وأساليب المساندة الإيجابية الدالة من اولئك الذين يمثلون شبكة الدعم المحيطة بالمريض (أفراد الأسرة أو الأشخاص ذوي الدلالة عند المريض من الأسرة) بهدف منع أو التقليل من حجم الانتكاس المتوقع .

أيضا يدخل في السياق برنامجا تأهيليا ، رياضيا يعتمد الإنهاك البدني المحسوب ، وتحريك الجسد هدفا أساسيا .

وكذلك الاندماج في أنشطة يدوية أو عقلية (حسب الحالة والاهتمام) منظمة محددة الأهداف والوقت والتوقيت .

تلك هي المنظومة العلاجية المنشودة التي يظل العلاج النفسي السلوكي المعرفي جزءا أساسيا منها ، ويدور في فلكها ،ولا يترك بذاته يعزف لحنا منفردا .
ونعرض في السطور التالية نموذجا مقترحا لقائمة جمع البيانات الديمجرافية التي تتضمن معلومات عن جنس المريض ، والسن ، والمستوى التعليمي ، والحالة المدنية ، بالإضافة لمعلومات خاصة بالمرض مثل السن عند بداية المرض ، متوسط عدد النوبات ، مدة استمرار المرض ، مدة الإقامة بالمستشفى ، طريقة دخول المستشفى ، والتشخيص الإكلينيكي وفقا للدليل الإحصائي التشخيصي الأمريكي الرابع وذلك كما يلي:

قائمة البيانات الديمجرافية

الاسـم :

الجنس: ذكر أنثى

السن :

مستوى التعليم : لا يوجد ابتدائي متوسط جامعي فوق الجامعي

الحالة المدنية : أعزب متزوج مطلق/أرمل

المـــرض

١- متوسط السن عند بداية المرض :

٢- متوسط عدد النوبات في الوقت الحالي:

٣- مدة استمرار المرض (بالأيام) :

٤- متوسط مدة الإقامة بالمستشفى (بالأيام) :

٥- متوسط جرعة العلاج بمضادات الذهان :

طريقة دخول المستشفى

١- التحويل عن طريق / الأسرة ، الممارس العام ، الأصدقاء

٢- نتيجة لحالة تهيج شديدة أو محاولة انتحار

٣- حضر بواسطة البوليس أو المحكمة

٤- حضر المريض بنفسه

التشخيص وفقا للدليل الإحصائي التشخيصي الأمريكي

١- النمط البارانودي (٢٩٥.٣).

٢- النمط المتفسخ (٢٩٥.١) .

٣- اضطراب فصامي وجداني (٢٩٥.٧٠) .

٤- النمط الاكتئابي .

٥- النمط القطبي .

٦- لاضطراب الضلالي (٢٩٧.١٠) .

المقابلة الاكلينيكية محددة البناء

تم تصميمها على غرار النموذج التفسيري كما في بحث جاكسون (1998)، وصممت بهدف المساعدة في التوصل إلى المشكلات أو الاعراض الأساسية التي سيتم تناولها بالعلاج وترتيب أولويات هذه المشكلات من وجهة نظر المريض ، وتتكون من (23) سؤالا تعكس مدى فهم الشخص ، ومعتقداته عن مرضه من خلال خمسة مجالات محددة هي : سبب المرض ، زمن وأسلوب بداية الاعراض ، المرض ذاته حيث ينشط في السياق البيئي النفسي الاجتماعي ، وجهة المرض ، ووجهة العلاج وتمثل على النحو التالي .

مقابلة إكلينيكية محددة البناء

من فضلك عاوزك تجاوب على الأسئلة دية ، عشان هيه متعلقة بمرضك بصورة مباشرة

١)تفتكر إيه هوه المرض اللي عندك ؟

٢)متى بدأت الأعراض دية ؟

٣)طب كان شكلها إيه لما ابتدأت ؟

٤)تعتقد كان فيه سبب أو أسباب مباشرة لظهور الأعراض دية ؟

١-

٢-

٣-

٤-

٥-

٥)تفتكر في رأيك إيه أهم الاعراض اللي مأثرة عليك دلوقي بالترتيب؟

١-

٢-

٣-

٦)طب في أي وقت تظهر الأعراض دية ؟

١-صباحا (الساعة) :

٢-بعد الظهر (الساعة) :

٣-مساءا (الساعة) :

٤-ليلا (الساعة) :

٧)بتبق فين بالضبط لما بتيجي الأعراض ؟

١-البيت :

٢-الشغل:

٣-أماكن أخرى:

٨)بتجيلك الاعراض دية في أغلب الأحيان لما بتكون :

١-لوحدك :

٢-مع حد معين :

٣-مع أشخاص بعينهم :

٩)حالتك المزاجية وقت لما الاعراض بتهاجمك :

١-بتبق زعلان من حد :

٢-حاسس بوحدة شديدة :

٣-حاسس بإحباط من حاجة :

٤-قلقان من حاجة أو قلقان على حاجة :

٥-موش شاعر باطمئنان :

٥-أو مزاج عادي :

١٠)تفتكر المرض دوت له علاج ؟

١١)هل حاولت تعالج نفسك قبل كده ؟ (إذا كانت الإجابة نعم)

١٢)متى ؟

١٣)ازاي اتعالجت ؟

١-

٢-

٣-

٤-

٥-

١٤)تفتكر فيه أمل انك تشفى وترجع زي الأول ؟ (نعم) (لا) (إذا كانت الإجابة نعم ينتقل إلى السؤال١٥ وان كانت ينتقل للسؤال ١٦ .

١٥)طب ازاي ممكن تشفى

١-

٢-

٣-

٤-

٥-

١٦)طب ليه ممكن ما تشفاش وترجع زي الأول ؟

١-

٢-

٣-

٤-

٥-

١٧)تعتقد إن المرض دوت ممكن يزيد عن كدا ؟ إذا كانت الإجابة (نعم) ينتقل للسؤال ١٨

١٨)ممكن يكون شكل المرض إيه لو زاد عن كده ؟

١٩)هل حاولت تعالج نفسك قبل كده ؟ إذا كانت الإجابة (نعم) ينتقل للسؤال ٢٠

٢٠)إيه الأساليب الذاتية اللي استخدمتها عشان تعالج نفسك من غير ما تروح المستشفى؟

١-

٢-

٣-

٤-

٥-

٢١)ايه الأسلوب أو الأساليب اللي نجحت معاك أكتر ؟

١-

٢-

٣-

٤-

٥-

٢٢)تفتكر العلاج المرة دية ممكن يجيب نتيجة ؟ إذا كانت الإجابة (نعم) ينقل لسؤال ٢٣

٢٣)تفتكر إيه شروط نجاح العلاج المرة دية ؟

١-

٢-

٣-

٤-

٥-

ورقة تقييم ذاتي للأعراض السلبية للفصام

Self-report for negative symptoms of schizophrenia

(SNSS)

(خاصة بالمعالج)

من فضلك ضع الدرجة المناسبة امام كل عرض في المكان المخصص ، على متصل من الدرجات من (1-10) ، بحيث تكون الدرجة (1) أقصى درجة لوجود العرض " فقير جدا " . والدرجة (10) أدنى درجة لجود العرض "سوي جدا " .

الاعراض	الدرجة
الاستجابة الانفعالية	
الكلام	
الافكار	
الوجدان	
العلاقات الاجتماعية	
الحافز	

ورقة تقييم ذاتي لشدة رسوخ المعتقد الضلالي

Self-report for The severity of Delusional Belief

(SSDB)

من فضلك ضع الدرجة المناسبة امام حالة العرض في المكان المخصص، على متصل من الدرجات من (10-1) ، بحيث تكون الدرجة (10) أقصى درجة لرسوخ المعتقد " شديد جدا " . والدرجة (1) أدنى درجة لرسوخ المعتقد " لا يوجد ابدا " .

الدرجة	حالة العرض
	تكرار الضلال
	تماسك الضلال
	الاقتناع بالضلال
	الانشغال بالضلال
	الاهتمام بالضلال
	الانفعال المصاحب

يقصد بتكرار الضلال تقييم المريض للمتوسط التقريبي لعدد مرات الحاح المعتقد الضلالي بالتكرار . ويقصد بتماسك الضلال شدة ثبات المعتقد الضلالي. ويقصد بالاقتناع بالضلال درجة قوة الاقتناع بالمعتقد الضلالي . ويقصد بالانشغال بالضلال المساحة الزمنية حيث ينشغل ذهن المريض بالمعتقد الضلالي . ويقصد بالاهتمام بالضلال درجة شدة اهتمام المريض بالمعتقد الضلالي . ويقصد بالانفعال المصاحب درجة شدة التوتر والقلق المصاحبين للمعتقد الضلالي .

ورقة تقييم ذاتي لشدة رسوخ الهلاوس

Self-report for The severity of Hallucinations

(SSH)

من فضلك ضع الدرجة المناسبة امام كل عرض في المكان المخصص ، على متصل من الدرجات من (1-10) ، بحيث تكون الدرجة (10) أقصى درجة لحالة الهلاوس " شديد جدا " . والدرجة (1) أدنى درجة لحالة الهلاوس " لا يوجد ابدا " .

الدرجة	حالة العرض
	تكرار الهلاوس
	الانشغال بالهلاوس
	الوقت المستغرق
	الانفعال المصاحب

يقصد بتكرار الهلاوس تقييم المريض متوسط عدد المرات التقريبي حيث يلح العرض الهلوسي بالتكرار. ويقصد بالانشغال بالهلاوس المدى الزمني لانشغال الذهن بالعرض الهلوسي.ويقصد بالوقت المستغرق في العرض الهلوسي المتوسط التقريبي للمساحة الزمنية حيث يستغرق شعور المريض بالعرض الهلوسي . ويقصد بالانفعال المصاحب شدة حالة التوتر والقلق المصاحبين للعرض الهلوسي .

العلاج النفسي السلوكي/ المعرفي للسيطرة على الهلاوس والضلالات (علاج فردي)

نضمن في هذا السياق خطط أو برتوكولات علاجية ، متنوعة ينكن تطبيقها في سياق فردي (جلسات علاج نفسي فردي) ويحق للممارس الإكلينيكي الاستعانة بالنموذج الملائم لظروف الحالة أو يلائمه شخصيا ، ونعرض لهذه البرتوكولات على **النحو التالي:**

البرتوكول (1)

الأهداف Goals .

١) السيطرة على الهلاوس السمعية والتقليل من فترات استمرارها .

٢) التخفف من التوترات النفسية المصاحبة .

الأغراض Objectives .

١- أن يكون المريض قادرا على التحكم في ، أو التخفف من حدة الهلاوس.

٢- أن يكون المريض قادرا على التحكم في ، أو التقليل من المساحة الزمنية المستغرقة في الهلاوس .

٣- أن يكون المريض قادرا على الاسترخاء والتخفف من التوترات النفسية المصاحبة للهلاوس .

الأساليب المستخدمة لتحقيق الأهداف Techniques .

١- اقامة علاقة علاجية حميمة مع المريض .

٢- استمارة المقابلة الاكلينيكية محددة البناء .

٣– ورقة التقييم الذاتي لشدة رسوخ الهلاوس.

٤– جلسات علاج نفسي فردي مرتين اسبوعيا ، مدة الجلسة (50) دقيقة بعدد يتراوح من (10-8) جلسات . والجلسة تكون محددة البناء ، تشتمل على جدول اعمال ، يتميز بوجود اهداف محددة ينبغي ان تتحقق.

٥– تدوين أنواع الهلاوس (السمعية) ومحتواها ، والزمن الذي تستغرقه ، والزمن المتوقع لحدوثها أغلب الأحيان ، والسياق البيئي ، النفسي، الاجتماعي ، الذي تحدث فيه .

٦– التحقق من اهتمامات المريض الشخصية (خاصة المواد السمعية ، موسيقى ، غناء ، برامج إذاعية محببة ... الخ) وتسجيلها ، وترتيب درجة أهميتها بالنسبة له .

٧- تدريب المريض على تمرين الاسترخاء بطريقة توزيع الثقل على النحو التالي

١)يتمدد المريض على أريكة باسطا زراعية على امتدادهما .

٢)يشجع على تنظيم تنفسه شهيقا (نفس عميق من الأنف) ، وزفيرا (اخراج الهواء من الفم بطريقة انسيابية ، هادئة ، بطيئة) ، بشكل مريح ، مع تعليمات واضحة بطرد أي فكرة حالية (سلبية أو مزعجة) من ذهنه ، والتركيز فقط في عمليتي الشهيق والزفير.

٣)يطلب من المريض تحت هذا الوضع التركيز (عن طريق الذهن ، بينما يكون في وضع الاسترخاء) في قدميه حتى يشعر بتلاشي ثقلهما ، ثم ينتقل التركيز إلى الساقين حتى يشعر بتلاشي ثقلهما أيضا ، ثم منطقة البطن مع الذراعين والكتفين ، وأخيرا الرأس ، إلى أن يشعر المريض بتلاشي ثقله على الأريكة ، وانه اصبح في وضع مريح للغاية .

٤)الاستمرار في استئناف عمليتي الشهيق والزفير بشكل منتظم ، مع إمعان التركيز ، والتخيل كأنه ، يستمع الآن لصوت موسيقى رائقة تداعب روحه ، مع صوت خرير المياه المتساقط منحدرا من شلالفي النهر الفائض بالمياه العذبة الرقراقة ، وأيضا وجوده في هذه اللحظة داخل حديقة غناء ، خضراء ، مكسوة بالزهور والاشجار الخضراء ، ويتسمع لأصوات العصافير وهي تصدح بأصواتها الخلابة .

٥)يستمر هذا الوضع مدة (١٠) دقائق ، يعلن بعدها المعالج نهاية الاسترخاء.

٦)يكرر المريض التمرين عدة مرات حتى يتقنه ، ويكون بذلك قادرا على الاسترخاء بمجرد رغبته في ذلك بمجرد تمدده على الأريكة ، أو حين يطلب منه ذلك .

الإجــراءات Procedures

اولا: استرخاء في نفس الزمن المتوقع حدوث الهلاوس السمعية خلاله ، أو وجودها بالفعل ، في مكان هادئ مدة (10) دقائق .

ثانيا: الاستماع لمادة موسيقية أو إذاعية محببة مدة (30) دقيقة ، ويفضل استخدام سماعة الأذن .

ثالثا: استرخاء مدة (10)دقائق .

ابعا: يطلب من المريض كتابة تقدير ذاتي في استمارة معدة لهذا الامر ، ويتضمن وضع درجة من (10-1) لكل مما يلي:

١- تكرار الهلاوس .

٢- الانشغال بالهلاوس.

٣- الوقت المستغرق .

٤- الانفعال المصاحب .

وتمثل الدرجة (1) أقل المستويات بالنسبة لوجود حالة العرض ، بينما تمثل الدرجة (10) أعلى المستويات وجود العرض .

والمريض خلال تكراره لهذا التمرين يمكن اعتباره قادرا على التحكم في هلاوسه السمعية وكذلك التوترات المصاحبة لهذه الهلاوس اذا بلغت درجة التقييم الذاتي لحالته (1)على جميع المستويات.

٤-يستمر العمل بالبرتوكول بمعدل جلستين اسبوعيا حتى يبلغ المريض الدرجة (1) على جميع المستويات أو يقترب منها .

البرتوكول(2)

الاهداف Goals

١) السيطرة على الهلاوس السمعية والتقليل من فترات استمرارها .

٢) التخفف من التوترات النفسية المصاحبة .

الأغراض Objectives

١- أن يكون المريض قادرا على التحكم في ، أو التخفف من حدة الهلاوس.

٢- أن يكون المريض قادرا على التحكم في ، أو التقليل من المساحة الزمنية المستغرقة في الهلاوس .

٣- أن يكون المريض قادرا على الاسترخاء والتخفف من التوترات النفسية المصاحبة للهلاوس .

الاساليب المستخدمة لتحقيق الاهداف Techniques

١- اقامة علاقة علاجية حميمة مع المريض .

٢- استمارة المقابلة الاكلينيكية محددة البناء .

٣- ورقة التدوين الذاتي لشدة رسوخ الهلاوس

٤- جلسات علاج نفسي فردي مرتين اسبوعيا ، مدة الجلسة (50) دقيقة بعدد يتراوح من (10-8) جلسات . والجلسة تكون محددة البناء ، تشتمل على جدول اعمال ، يتميز بوجود اهداف محددة ينبغي ان تتحقق.

٥- تدوين أنواع الهلاوس (السمعية) ومحتواها والزمن الذي تستغرقه والزمن المتوقع لحدوثها أغلب الأحيان ، والسياق البيئي النفسي الاجتماعي الذي تحدث فيه .

٦- التحقق من اهتمامات المريض (خاصة المواد المقروءة في الصحف ، المجلات كتب ... الخ) وتسجيلها وترتيب درجة اهميتها بالنسبة له .

٧- تمرين الاسترخاء بنفس الطريقة السابقة .

الاجـراءات Procedures

اولا:استرخاء مدة (10) دقائق بنفس الطريقة السابقة، في نفس الزمن المتوقع لحدوث الهلاوس السمعية ، أو وقت حدوثها بالفعل.

ثانيا:قراءة مكثفة للمادة المحببة (بصوت مرتفع قدر الإمكان) لمدة (15)دقيقة .

ثالثا:الاستماع لفقرة أو مقطع شيق من كتاب أو صحيفة أو مجلة لمدة (15)دقيقة .

رابعا:استرخاء مدة (10) دقائق وتدوين تقرير ذاتي لحالة العرض بنفس الطريقة السابقة ، ويكرر التمرين بنفس اجراءاته السابقة.

خامسا:يطلب من المريض كتابة تقدير ذاتي بنفس الطريقة السابقة .

برتوكول(3)

الاهـــداف Goals

١) السيطرة على الهلاوس السمعية والتقليل من فترات استمرارها .

٢) التخفف من التوترات النفسية المصاحبة .

الأغراض Objectives

١- أن يكون المريض قادرا على التحكم في ، أو التخفف من حدة الهلاوس.

٢- أن يكون المريض قادرا على التحكم في ، أو التقليل من المساحة الزمنية المستغرقة في الهلاوس .

٣- أن يكون المريض قادرا على الاسترخاء والتخفف من التوترات النفسية المصاحبة للهلاوس .

الاساليب المستخدمة لتحقيق الاهداف Techniques .

١- اقامة علاقة علاجية حميمة مع المريض .

٢- استمارة المقابلة الاكلينيكية محددة البناء .

٣- ورقة التدوين الذاتي لشدة رسوخ الهلاوس.

٤- جلسات علاج نفسي فردي مرتين اسبوعيا ، مدة الجلسة (50) دقيقة بعدد يتراوح من (10-8) جلسات . والجلسة تكون محددة البناء ، تشتمل على جدول اعمال ، يتميز بوجود اهداف محددة ينبغي ان تتحقق.

٥- التدوين الذاتي لمحتوى الهلاوس .

٦- جهاز تسجيل يسجل عليه محتوى الهلاوس بصوت المريض

٧- تمرين الاسترخاء .

الاجراءات Procedures .

اولا: استرخاء مدة (10) دقائق.

ثانيا: يساعد المعالج المريض في تعريض نفسه لمحتوى الصوت الهلوسي (سواء بالحديث في اذنه بما يشبه المحتوى الهلوسي ، وكذلك الاستماع لجهاز التسجيل مسجل عليه صوت المريض عارضا المحتوى الهلوسي في غلاف علاجي آمن ، ويشجع المعالج المريض على الاستمرار دون خوف مدة (30)دقيقة .

ثالثا: استرخاء مدة (10) دقائق ، يعقبه تدوين ذاتي بنفس الاجراءات السابقة .

برتوكول(4)

الاهداف Goals

١) السيطرة على الهلاوس السمعية والتقليل من فترات استمرارها .

٢) التخفف من التوترات النفسية المصاحبة .

الأغراض Objectives

١- أن يكون المريض قادرا على التحكم في ، أو التخفف من حدة الهلاوس.

٢- أن يكون المريض قادرا على التحكم في ، أو التقليل من المساحة الزمنية المستغرقة في الهلاوس .

٣- أن يكون المريض قادرا على الاسترخاء والتخفف من التوترات النفسية المصاحبة للهلاوس .

الاساليب المستخدمة لتحقيق الاهداف Techniques

١- اقامة علاقة علاجية حميمة مع المريض .

٢- استمارة المقابلة الاكلينيكية محددة البناء .

٣- ورقة التدوين الذاتي لشدة رسوخ الهلاوس

٤- تدوين محتوى الأصوات (الهلاوس) والضغوط والآلام النفسية المتعلقة

٥- جلسات علاج نفسي فردي مرتين اسبوعيا ، مدة الجلسة (50) دقيقة بعدد يتراوح من (10-8) جلسات . والجلسة تكون محددة البناء ، تشتمل على جدول اعمال ، يتميز بوجود اهداف محددة ينبغي ان تتحقق.

٦- الدعم النفسي والمعنوي للمريض وهو يراقب محتوى الهلاوس والمعارف المضطربة

(الاستجابات الحالية) .

٧- مساعدة المريض على استكشاف استجابات معرفية بديلة في جو من الطمأنينة والامان

٨- تمرين الاسترخاء .

الاجراءات Procedures

اولا: استرخاء مدة (10)دقائق بنفس الطريقة السابقة .

ثانيا: تدوين ذاتي ومراقبة للأصواتمدة(5) دقائق .

ثالثا: مناقشة وتحليل البيانات وفحص الادلة التي قدمها المريض بعناية مدة (5)دقائق

رابعا: اجراء اختبارا لهذه الأدلة بمساعدة المريض ، وفحص التفسيرات البديلة لتأكيد أو عدم تأكيد الصوت الهلوسي واشاراته ، ويستخدم المنطق السقراطي للمساعدة في اظهار عدم منطقية الدليل ، مدة (20)دقائق .

خامسا: استرخاء مدة (10) دقائق وتدوين تقرير ذاتي بنفس الطريقة السابقة ، ويكرر التمرين بنفس اجراءاته السابقة .

برتوكول (5)

الاهداف Goals

اولا: السيطرة على المعتقدات الخاطئة السلبية واستبدالها بأخرى ايجابية بديلة.

ثانيا: مساعدة المرضى على تعلم وتطوير اساليب جديدة للتعامل مع الأعراض السلبية للفصام .

الأغراض Objectives

١)ان يكون المريض قادرا على مواجهة معتقداته ومناقشة التفسيرات البديلة .

٢)ان يكون قادرا على تحدي المعتقدات السلبية التقييمية عن الذهان .

٣)ان يكون قادرا على تعلم وتطوير اساليب جديدة للتعامل مع الأعراض السلبية للفصام .

الاساليب المستخدمة لتحقيق الاهداف Techniques .

١ – اقامة علاقة علاجية حميمة مع المريض .

٢ – استمارة المقابلة الاكلينيكية محددة البناء .

٣ – تدوين محتوى الضلال (المعتقد الخاطئ) والضغوط والتوترات النفسية المصاحبة.

٤ – الدعم النفسي والمعنوي للمريض وهو يراقب الضلال والمعارف المضطربة (الاستجابات الحالية) .

٥ – العلاج النفسي الفردي .

٦- مساعدة المريض على استكشاف استجابات معرفية بديلة في جو من الطمأنينة والامان .

٧- تقييم ذاتي لشدة رسوخ المعتقد قبل وبعد الجلسة . بحيث يعطي المريض درجة من (10-1) بحيث تمثل الدرجة (1) زوال المعتقد ، وتعكس الدرجة(10)اقصى قوة لرسوخ المعتقد . ويتم هذا الاجراء عقب بداية كل جلسة ، ونهايتها .

٨- ورقة تقييم ذاتي خاصة بالأعراض السلبية للفصام (خاصة بالمعالج)

٩- تقييم الموضوعي لشدة رسوخ المعتقد بواسطة المعالج ، في سياق من تحليل محتوى الجلسة ، وبحث مدى تكرار المعتقد الضلالي خلال كلام المريض . يتم ذلك من خلال تدوين الجلسة كاملة ، أو عن طريق استخدام جهاز تسجيل وتفريغ محتوياته لاحقا .

الاجراءات Procedures .

١)تدوين ذاتي للمعتقد يتضمن المحتوى والسياق (النفسي البيئي الاجتماعي) حيث ينشط المعتقد ويشتد رسوخه (مدى اقتناع المريض به) .

٢) استمارة التقييم الذاتي الخاصة بتقييم شدة رسوخ المعتقد الضلالي .

٣)مراجعة المعتقد الضلالي وظروف حدوثه مع المريض والاتفاق على الصيغة النهائية

1- حفظه بالشكل الذي تم به إنشاؤه أو إرساله أو تسلمه وبشكل يضمن عدم إجـراء أي تغيير أو تعديل على محتواه.

2- حفظه على نحو يتيح الوصول إلى المعلومات الواردة فيه واستخدامها والرجوع إليها في أي وقت.

3- التمكن من التعرف على المنشئ والمرسل إليه وتاريخ ووقت إنشائه أو إرساله أو تسلمه.

ب- لا تطبق الشروط الواردة في الفقرة (أ) من هذه المادة على المعلومات المرافقـة للسجل الالكتروني التي يكون القصد منها تسهيل إرساله وتسلمه.

ت- يجوز للمنشئ أو المرسل إليه إثبات الشروط الواردة في الفقرة (أ) من هذه المادة بوسائل الإثبات كافة مع مراعاة القواعد المقررة بموجب القوانين ذات العلاقة.

الماده (8)

إذا استوجب القانون الاحتفاظ بمستند لأي سبب فيعتبر الاحتفاظ به علـى شـكل سـجل إلكتروني منتجاً لآثاره على ان تتوافر فيه الشروط المنصوص عليها في المادة (7) مـن هذا القانون.

الماده (9)

تعتبر رسالة المعلومات وسيلة من وسائل التعبير عـن الإرادة المقبولـة قانونـاً لإبـداء الإيجاب أو القبول بقصد إنشاء التزام تعاقدي.

الماده (10)

تعتبر رسالة المعلومات صادرة عن المنشئ سواء صدرت عنه ولحسابه أو بالنيابة عنه أو بوساطة وسيط الكتروني معد للعمل بشكل تلقائي من المنشئ أو بالنيابة عنه.

الماده (11)

أ- للمرسل إليه أن يعتبر رسالة المعلومات صادرة عن المنشئ في أي من الحالتين التاليتين:-

1- إذا اتبع المرسل إليه أي إجراء سبق أن اتفق مع المنشئ على اتباعه للتحقق من أن رسالة المعلومات قد صدرت عن المنشئ لهذا الغرض.

2- إذا كانت رسالة المعلومات كما تسلمها المرسل إليه ناتجة من إجراءات قام بهـا أي شخص تابع للمنشئ أو ينوب عنه أو مخول بالدخول إلى الوسيط الإلكتروني الذي يستخدمه المنشئ.

ب- على المرسل إليه أن يتصرف على أساس عدم صدور رسالة المعلومـات عـن المنشئ في أي من الحالتين التاليتين:-

1- إذا استلم المرسل إليه اشعاراً من المنشئ يبلغه فيه أن الرسالة غير صادرة عنـه وذلك من تاريخ ذلك الإشعار ووقت تسلمه ويبقى المنشئ مسؤولاً عن أي نتـائج قبل تسلم الإشعار.

2- إذا علم المرسل إليه أن الرسالة لم تصدر عن المنشئ.

الماده (12)

أ- إذا طلب المنشئ من المرسل إليه بموجب رسالة معلومات إعلامه بتسـلم تلـك الرسالة أو كان متفقاً معه على ذلك دون تحديد وسيلة معينة لهذه الغاية فإن قيام المرسل إليه بإعلام المنشئ بالوسائـل الإلكترونية أو بأي وسيلة أخرى بتسـلم الرسالة يعتبر إستجابة لذلك الطلب أو الإتفاق.

ب- إذا علق المنشئ أثر رسالة المعلومات على تسلمه إشعاراً من المرسل إليه بتسلم تلك الرسالة، فتعامل الرسالة وكأنها لم تكن إلى حين تسلمه ذلك الإشعار.

ت- إذا طلب المنشئ من المرسل إليه إرسال إشعار بتسلم رسالة المعلومات ولم يحدد أجلاً لذلك ولم يعلق أثر رسالة المعلومات على تسلمه ذلك الإشعار فله في حالـة عدم تسلمه الإشعار خلال مدة معقولـة أن يوجه إلى المرسل إليه تذكيراً بوجوب إرسال الإشعار خلال مدة محددة تحت طائلة اعتبار رسالة المعلومات ملغاة إذا لم يستلم الإشعار خلال هذه المدة.

ث- لا يعتبر إشعار التسلم بحد ذاته دليلاً على أن مضمون رسالة المعلومـات التـي تسلمها المرسل إليه مطابق لمضمون رسالة المعلومات التي أرسلها المنشئ.

العلاج النفسي السلوكي/ المعرفي للسيطرة على الهلاوس وأعراض الفصام السلبية(علاج جماعي)

فكرة العمل خلال هذه السياقات تعتمد على احتواء المريض داخل جلسات العلاج النفسي الجمعي . والاستعانة المباشرة بالمجموعة وديناميتاها في مساعدة ، والضغط على المريض من أجل احداث تحول دراماتيكي في أفكاره ومعتقداته ، بلوغا لتحقيق الاهداف العلاجية المطلوبة .

برتوكول (6)

الاهداف Goals

اولا: السيطرة على الهلاوس السمعية من حيث شدتها والتقليل من لفترة الزمنية لاستمرارها ،وكذلك الاعراض السلبية للقصام .

ثانيا: مساعدة المرضى على تعلم وتطوير اساليب جديدة للتعامل الهلاوس السمعية ، وكذلك مع الأعراض السلبية للفصام .

الأغراض Objectives

١) ان يكون المريض قادرا على مواجهة هلاوسه ومناقشة التفسيرات البديلة .

٢) ان يكون قادرا على تحدي تلك الهلاوس السلبية .

٣) ان يكون قادرا على تعلم وتطوير اساليب جديدة للتعامل مع الأعراض السلبية.

الاساليب المستخدمة لتحقيق الاهداف Techniques

١ – اقامة علاقة علاجية حميمة مع المريض .

٢ – استمارة المقابلة الاكلينيكية محددة البناء .

٣ – تدوين محتوى الهلاوس والتوترات النفسية المصاحبة .

٤ – الدعم النفسي والمعنوي للمريض وهو يراقب الهلاوس والمعارف المضطربة (الاستجابات الحالية) .

٥ – العلاج النفسي الجمعي .

٦ – مساعدة المريض على استكشاف استجابات معرفية بديلة في جو من الطمأنينة والامان للتغلب على الأعراض السلبية .

٧ – ورقة تقييم ذاتي لشدة رسوخ الهلاوس يدونها المريض ، واخرى يقيم بها المعالج شدة رسوخ العرض لدى المريض .

٨ – ورقة تقييم ذاتي لشدة الاعراض السلبية لدى المريض يدونها المعالج ايضا .

الاجراءات Procedures

١) تدوين ذاتي للهلاوس يتضمن المحتوى والسياق (النفسي البيئي الاجتماعي) حيث ينشط العرض ويشتد والانفعالات المصاحبة .

٢) مراجعة ذلك مع كل مريض على حدة والاتفاق على الصيغ النهائية .

٣) تقييم ذاتي لشدة رسوخ الهلاوس (عقب بداية ونهاية كل الجلسة)

٤) جلسة علاج نفسي جمعي لمجموعة من المرضى تتكون من (٦-٨) أفراد خلاف المعالج مدتها (50) دقيقة ، تدار بواسطة المعالج كما يلي:

أ) يقدم المريض نفسه للمجموعة ، يتضمن التقديم شكواه ، سبب وجوده بالمستشفى ، مدة المرض ، مدة وجوده بالمستشفى ، المظاهر الايجابية والسلبية نتيجة لوجوده بالمستشفى .

ب) شجع المرضى كل على حدة ان يذكر هلاوسه ، والأعراض السلبية خاصته (يقدم المعالج شرحا مبسطا للأعراض السلبية للفصام قابل للفهم بواسطة المرضى) امام المجموعة لمدة (5) دقائق .

ج) يطلب من كل مريض ان يشارك في مناقشة هذه الهلاوس ، والاعراض السلبية ، وان يقدم تفسيرا بديلا غير الذي طرحه المريض ، لمدة (20) دقيقة .

د) يشجع المعالج المرضى على تفهم الهلاوس الخاصة بالمريض ،وان يقدم كل منهم أساليب مبتكرة للتعامل مع هذه الهلاوس وأيضا الاعراض السلبية وتحديها ، والخروج بتفسيرات ايجابية بديلة ، لمدة (25) دقيقة .

هـ)يشجع المعالج المرضى ان يسهم كل فرد بمردوده عن الجلسة Feedback (السلبيات والايجابيات) وان يقيم كل منهم شدة رسوخ الهلاوس

خاصته (تقدير ذاتي) وذلك عن طريق منح درجة من (10-1) بحيث تمثل الدرجة (10) الرسوخ التام للهلاوس وتمثل الدرجة (1) زوال الهلاوس .

٩) يقيم المعالج كل مريض على حدة من خلال ورقتي التقييم الخاصة بشدة رسوخ الهلاوس ، وورقة الأعراض السلبية للفصام بنفس الاجراءات السابقة .

١٠) تتكرر الجلسات على هذا النحو مرتين اسبوعيا ، ولمدة اربعة اسابيع ، ويتواصل التقييم الذاتي والاكلينيكي من قبل المعالج والمرضى حتى يتم التأكد من انخفاض ملحوظ في حدة كل من الهلاوس والاعراض السلبية المصاحبة للفصام .

برتوكول (7)

الاهـداف Goals

اولا: السيطرة على المعتقدات الضلالية الخاطئة ، وتعديلها ، وكذلك الاعراض السلبية للفصام .

ثانيا: مساعدة المرضى على تعلم وتطوير أساليب جديدة للتعامل المعتقدات الضلالية الخاطئة ، وكذلك مع الأعراض السلبية للفصام .

الأغراض Objectives

١) ان يكون المريض قادرا على مواجهة معتقداته الضلالية ،ومناقشة التفسيرات البديلة .

٢) ان يكون قادرا على تحدي المعتقدات السلبية التقييمية عن ذاته .

٣) ان يكون قادرا على تعلم وتطوير اساليب جديدة للتعامل مع الأعراض السلبية للفصام .

الاساليب المستخدمة لتحقيق الاهداف Techniques

١– اقامة علاقة علاجية حميمة مع المريض .

٢– استمارة المقابلة الاكلينيكية محددة البناء .

٣– تدوين محتوى الضلال (المعتقد الخاطئ) والتوترات النفسية المصاحبة .

٤– الدعم النفسي والمعنوي للمريض وهو يراقب الضلال والمعارف المضطربة (الاستجابات الحالية) .

٥- العلاج النفسي الجمعي .

٦- مساعدة المريض على استكشاف استجابات معرفية بديلة في جو من الطمأنينة والامان للتغلب على الأعراض السلبية للفصام .

٧- ورقة تقييم ذاتي لشدة المعتقد خاصة بالمرضى .

٨- ورقة تقييم ذاتي لشدة المعتقد خاصة بالمعالج .

٩- ورقة تقييم ذاتي لشدة الاعراض السلبية خاصة بالمعالج .

الاجــراءات Procedures

١) تدوين ذاتي للمعتقد الضلالي يتضمن المحتوى والسياق (النفسي البيئي الاجتماعي) حيث ينشط المعتقد ويشتد رسوخه (مدى اقتناع المريض به) .

٢) مراجعة ذلك مع كل مريض على حدة والاتفاق على الصيغة النهائية .

٣) تقييم ذاتي لشدة رسوخ المعتقد (عقب بداية ونهاية الجلسة)

٤) جلسة علاج نفسي جمعي لمجموعة من المرضى تتكون من (8-6) أفراد خلاف المعالج مدتها (50) دقيقة ، تدار بواسطة المعالج كما يلي :

أ) يقدم المريض نفسه للمجموعة ، يتضمن التقديم شكواه ، سبب وجوده بالمستشفى ، مدة المرض ، مدة وجوده بالمستشفى ، المظاهر الايجابية والسلبية نتيجة لوجوده بالمستشفى لمدة (10).

ب) يشجع المرضى كل على حدة ان يذكر معتقداته الضلالية ، امام المجموعة لمدة (5) دقائق .

ج) يطلب من كل مريض ان يشارك في مناقشة المعتقد الضلالي ، وان يقدم تفسيرا بديلا غير الذي طرحه المريض ، لمدة (15) قائق .

د) يشجع المعالج المرضى على تفهم المتعقد الخاص بالمريض ،وان يقدم كل منهم أساليب مبتكرة للتعامل مع الاعراض السلبية للفصام ، واساليب تحديها ، والخروج بتفسيرات ايجابية بديلة ، لمدة (15) دقيقة .

هـ) يشجع المعالج المرضى ان يسهم كل فرد بمردوده عن الجلسة Feedback (السلبيات والايجابيات) وان يقيم كل منهم شدة رسوخ المعتقد خاصته ، بنفس الطريقة السابقة.

و) يقيم المعالج كل مريض على حدة من خلال ورقتي التقييم الذاتي خاصته بالنسبة لشدة رسوخ الضلال ، وكذلك شدة السلبية للفصام بنفس الطريقة السابقة .

المراجع

مراجع الدراسة

١. إبراهيم ، عبد الستار : **العلاج النفسي الحديث ،قوة للانسان** ، عالم المعرفة ،المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، دولة الكويت ، عدد (٢٧) ، مارس ،١٩٨٠.

٢. جوديت، بيك :العلاج المعرفي ، الاسس والابعاد ، ترجمة طلعت مطر ، المشروع العربي للترجمة ، العدد ١١٤١، الطبعة الأولى ، القاهرة،٢٠٠٧.

٣. سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية :**الاضطرابات المعرفية والاضطرابات النفسية الناتجة عن الحالات الطبية العامة** ، مكتب الإنماء الاجتماعي ، الديوان الأميري ، دولة الكويت ، المجلد الثالث ، الطبعة الأولى ، ٢٠٠٠.

٤. سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية :**الفصام والاضطرابات الذهانية الاخرى** ، مكتب الإنماء الاجتماعي ، الديوان الأميري ، دولة الكويت ، المجلد السادس ، الطبعة الأولى ، ٢٠٠٠ .

٥. سولسو ، روبرت ، ترجمة الصبوة.محمد نجيب، كامل، مصطفى محمد، الدق، محمد الحسانين : **علم النفس المعرفي** ،دولة الكويت ، شركة دار الفكر الحديث ،١٩٩٦ .

٦. سويف ، مصطفى: **علم النفس الإكلينيكي : تعريفه وتاريخه** ، (حرر) في ، سويف وزملاؤه:**مرجع في علم النفس الإكلينيكي** ،القاهرة، دار المعارف، ص ص٥-٥٠ ،١٩٨٥ .

٧. شابيرو، مونتجومري ، ترجمة صفوت فرج : **متطلبات قيام علم نفس نظامي *للمرض النفسي*، ودلالات هذا العلم** ، (حرر في) سويف وزملاؤه: **مرجع في علم النفس الإكلينيكي**، القاهرة ،دار المعارف ، ص ص . ٤٤٩-٤٦٦ ، ١٩٨٥.

8. American psychiatric association : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* , 4th ed , Washington , D.C: American psychiatric press , Inc. , pp. 273-274, 1994.
9. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association,2000.
10. American Psychiatric Association DSM-5 Work Groups (2010)Proposed Revisions – *Schizophrenia and Other Psychotic Disorders*. Retrieved 17 February, 2010.
11. Arieti , S., *cognition in psychoanalysis* , (eds) in Mahoney , M.J., & Freeman , A., *Cognition and psychotherapy*, Plenum press , new York , pp. 223-41 , 1985.
12. Bandura, A., *Principles of behavior modification*, Holt, Rhinehart& Wilson, New York, 1969.

13. Barker, P., *Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursing In Search of the Whole Person.* UK: Nelson Thornes Ltd. P.243,1997.

14. Barcly , L., *Early intervention may prevent psychosis in high – risk patients* , Arch Gen psychiatry , 59 , pp. 921-988 , 2002 .

15. Beck , A. T., *Cognition and therapy* , Archives of General psychiatry , 41, pp. 1112-14 , 1984 .

16. Beck , A.T., *Cognitive approaches to panic disorder : theory and therapy.* In Rachman, S.&Maser, (eds) *Panic : psychological prospective,* Lawrence Erlbaum, Hillsdale , New Jersey,pp.91-109, 1988.

17. Beck , A.T., *Depression : clinical experimental and theoretical aspects* . Hober , new York , 1967.

18. Beck , A.T.,Rush ,A.J., Shaw , B.F.,& Emery , G., *Cognitive therapy of depression : A treatment manual* , Guilford press , new york,1979.

19. Beck-Sander, A.; Birchwood, M.; Chadwick, P. *Acting on command hallucinations: A cognitive approach.* The British journal of clinical psychology , the British Psychological Society, PMID 9051285,**36** (1): 139–148,1997.

20. Bellack , A.S., &Hersen , M., (eds) *Research and practice in social skills Tanning* , New York : plenum press, 1979.

21.Berrios G E ., *Tactile Hallucinations, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 45,pp. 285–293,1982.

22.Berrios, G.E., Luque R., *Cotard Syndrome: clinical analysis of 100 cases*,ActaPsychiatricaScandinavica,**91** (3),pp. 185–188,1995.

23.Birchwood, M; Trower P ., *The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic, British Journal of Psychiatry*, **188**(2),2006.

24.Blackburn , I.M.,Davidson , K.M., *Cognitive therapy for depression and anxiety* , Black well scientific publications , Oxford London Edinburgh , 1990 .

25.Blom, Jan., *A Dictionary of Hallucinations*. Springer., ISBN 978-1-4419-1222-0, July 11,p.459, 2012.

26.Bloom , F.E.,Lazerson. A., Hofstadter , L,. *Brain , Mind , and behavior*,New York , W.H . Freeman , and company , 1985.

27.Bradshaw, W ., *Cognitive – behavioral treatment of schizophrenia : A case study* , journal of cognitive therapy : an international journal , 12,(1) pp. 13-25, 1998 .

28.Buchanan , R.B., & Carpenter , W.T., *Schizophrenia : introduction and overview*, (eds) in Kaplan &*Shaddocks comprehensivetextbook of psychiatry* , seven edition , C D room , 1996.

29. Casey., Patricia., Brendan Kelly., *Fish's Clinical Psychopathology: Signs and Symptoms in Psychiatry.* RCPsych Publications.ISBN 1-904671-32-2,p.23, July 11, 2012.

30. Chadwick, P., & Lowe, F., *The measurement and modification of delusional beliefs.* Journal of counseling and clinical psychology, 58, pp.225-232, 1990.

31. Chakrabarty, A.; Reddy, M. S. (2011). "Visual hallucinations in mania, *Indian Journal of Psychological Medicine* **33** (1): 71–73,2011.

32. Chen E., Berrios G.E.,*Recognition of hallucinations: a multidimensional model and methodology. Psychopathology,* **29**: 54–63,1996.

33. Christian Nordqvist , : *Too Much Coffee Can Make You Hear Things That Are Not There*Medical News Today. 2011.

34. Cormac ,I.,Jones , C., Compabell , C., Siluveira , L., *Cognitive /behavior therapy for schizophrenia (Cochrane Review)* , in : Cochran library , Issues 2 , Oxford , 2003. (Cochrane Rev Abstract 2003.@ 2003 the Cochrane Collaboration) .

35. Coursey , R.D., Keller , A.B.,&Farrel,E.W., *Individual psychotherapy and persons with serious mental illness : the clients perspective,* schizophrenia Bulletin , 21,pp.283-301, 1995.

36.Coursey , R.D., *Psychotherapy with persons suffer from schizophrenia*, schizophrenia Bulletin , 15, pp.349-353, 1989.

37.Crowe, R. R., & Roy, M. A.,*Delusional disorders*. In S. H. Fatemi& P. J. Clayton (Eds.), *The Medical Basis of Psychiatry* , New York, USA , Humana Press,pp.125-131, 2008.

38.Curts , D., *Cognitive therapy is no better than supportive counseling in schizophrenia*, British Medical Journal Sept 4, 1999 .

39.Drury , V., Birchwood , M., Cochrance ,R., *Cognitive therapy and recovery from acute psychosis symptoms :a Controlled Trial* , 2..Impact on Recovery Time , British Journal of psychiatry , 169 ,pp.602-607.1996.

40.Drury , V., Birchwood , M., Cochrance ,R.,and Macmillan , F., *Cognitive therapy and recovery from acute psychosis symptoms : a Controlled Trial , 1. Impact on Psychotic Symptoms*, British Journal of psychiatry 169,pp.593-601,1996 .

41.Edgerton , J.E., &Campale R.J., *American psychiatric glossary*, 7th ed .Washington, D.C: American psychiatric press, inc, 1994.

42.Ellis , A.. &Griger, R., *Handbook of Emotive therapy* , springer-verlage , New York , 1977.

43.Falloon ,I.R.,*Family management of schizophrenia : A study of clinical , social and economic Benefits* , Baltimore ,MD:Johns Hopkins university press, 1985.

44.Flavell, L.E., *The developmental psychology of jean piaget,* van nostrand, Princeton, new jersey, 1963.

45.Frango , S., Patrick , B., *How to manage the first episode of schizophrenia : early diagnosis and treatment may prevent social disability later* , British medical journal , sep 2 , 2000.

46.Freedman , B.J.,& Chapman ,L. J., *Early subjective experience in schizophrenic episodes* , Journal of abnormal psychology , 82, pp.46-54, 1973.

47.Freeman, D.,&Garety, P.A.,*Paranoia: The Psychology of Persecutory Delusions,* Hove: Psychology Press, ISBN 1-84169-522-X,2004.

48. French, Paul; Anthony Morrison.,*Early Detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis.* Chichester: John Wiley and Sons. ISBN 0-470-86314-5,2004.

49.Gelder, Michael.,*Psychiatry,* P. 12. Oxford University Press Inc., New York. ISBN 978-0-19-852863-0, p.12,2005.

50.Haddock , G., Morrison , A.P., Hopkins , R., Lewis , S., and Tarrier , N., *Individual Cognitive – behavioral*

interventions in early psychosis , British Journal of psychiatry , 172 (suppl.33) ,101-106 , 1998.

51.Haddock ,G., Bentall , R.P., Slade ,P.D., *Focusing versus distraction approaches in treatment of persistent auditory hallucinations in cognitive-behavioral intervention with psychotic disorders*(eds) in Hadoock ,G.,& Slade , P.D., London , Routledge , 1996 .

52.Haddock,G.Lews,S.,*Psychological Intervention In early Psychosis*, Schizophrenia Bulletin 30(3)pp. **697**-704,2005.

53.Hanver, H., Nowotny, B., *Epidemiology of early onset schizophrenia* ,Eur Archive psychiatry clinical neurosis', 245 , pp. 80-92 , 1995.

54.Homme, L. E., *Perspectives in psychology: XX1V control of coverants, the operants of mind*,psychological record, 15, pp.501-11, 1965.

55.Horwitz, M.m (1975). *Hallucinations: An information-processing approach*. New York: Wiley. pp. 163–194.

56.http://www.minddisorders.com/Br-Del/Delusions.html.

57.http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/SchizophreniaS

58. http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964%2801%2900349-8/abstract

59.Jackson , H., Mcgorry , P.D., Edwads , J., Hulbert . C., Henry , L., Francy , S., *cognitively – oriented*

psychotherapy for early psychosis (COPE) . Preliminary results , British J psychiatry , suppl , 172 , pp.93-100 , 1998.

60. Jackson , H., Mcgorry , P.D., Edwads , J., Hulbert . C., Henry , L., Francy , S., *cognitively – oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) . In Early intervention and prevention in mental health* (eds) in Cotton , P., &Jackson , H., Melbourne : *Australian Psychological Society*, pp.131-154 , 1996 .

61. Jack DeAngelis,*Difference between delusion and phobia*, Retrieved ,08-06,2010.

62. Jaspers, Karl [1963]. *AllgemeinePsychopathologie (General Psychopathology)*. Translated by J. Hoenig& M.W. Hamilton from German (Reprint ed.). Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press. ISBN 0-8018-5775-, 1997-11-27.

63. Jaspers, Karl (1913). *AllgemeinePsychopathologie.* EinLeitfadenfürStudierende, Ärzte und Psychologen.. Berlin: J. Springer.

64. Judith S. Beck. *Questions and Answers about Cognitive Therapy. About Cognitive Therapy*, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research. Retrieved 11-21, 2008.

65.Kingdon ,D. G., &Turkington , D., *Cognitive behavior therapy of schizophrenia*, New York, Guilford press, 1994.

66.Lawson , J.S.,Mcghie ,A., &Shapman , J., *Distractibility in schizophrenia and organic cerebral disease* , British Journal of psychiatry , 113 , pp.527-535, 1967.

67.Lee, T. M.; Chong, S. A., Chan, Y. H.,Sathyadevan, G.,*Command hallucinations among Asian patients with schizophrenia,* Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie.PMID 1567920,49(12):838-842,2004 .

68.Lewis, G., *Schizophrenia: concepts and clinical management*, British medical journal, Feb. 26, 2000.

69.Loebel , A.D., Lieberman , J.A., Avir , J.M., Mayertoff , D.I., Geisler , S.H., Szymanski , S.R., *Duration of psychosis and outcome in first –episode schizophrenia* , Am . Psychiatry, pp.1183-8 , 1992.

70.Leo P. W. Chiu.,*Differential diagnosis and management of hallucinations*, Journal of the Hong Kong, Medical Association **41** (3): 292–7, 1989 .

71.McKenna, P.J.,*Schizophrenia and related syndromes.* Psychology Press,ISBN 978-0-86377-790-5, p.238,1997

72. MacManus, Deirdre; Fahy, Tom (August 2008). "Personality disorders". *Medicine* **36** (8): 436–441.doi:10.1016/j.mpmed.2008.06.001

73. Mari , J.J., Streiner , D.I., *An overview of family intervention and relapse on schizophrenia : meta – analysis of research findings* , psycho med ,24 ,pp. 565-78 , 1994 .

74. Marshall , M., Lochwood , A., *Assertive community treatment for people with sever mental disorder* ,(eds) in Cochrane collaboration , Cochrane library , issue 2 , oxford : up date software, 2000.

75. Martin , P.F., *Schizophrenia* , Gale encyclopedia of alternative medicine,, www.findarticals.com.2001.

76. Mcghie , A.,& Chapman , J., *Disorders of attention and perception in early schizophrenia*, British Journal of medical psychology , 34 , pp.103-116 , 1961.

77. Mohammed,A. Memon., David,Bienefeld,Brief Psychotic disorder,eMedcine, jan,2012.

78. Munro, Alistair.,*Delusional disorder: paranoia and related illnesses*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, .ISBN 0-521-58180-X, 1999 .

79. Murray , E.J., & Jacobson , L.T., *Cognitive and learning in traditional and behavioral therapy*, (eds) in Garfield S ..L& Bergin , A.E.,*Handbook of psychiatry and behavior change* , john Wiley & Sons , new York , pp. 661-87 , 1987.

80. Myin-Germeys I., Nicolson NA., Delespaul PA., *The context of delusional experiences in the daily life of patients with schizophrenia,*Psychol Med, PMID 11305857, **31** (3): 489–98 ,April 2001.
81. Neisser , U., *Cognitive psychology* , New York : Appleton – century –Crosfts , 1967 .
82. Nordgaard J., Arnfred SM., Handest P., Parnas J., *The diagnostic status of first-rank symptoms.* Schizophrenia Bulletin. 2008;34(1):137,2008 .
83. Panayiotopoulos., Chrysostomos P. A.,*clinical guide to epileptic syndromes and their treatment: based on the ILAE classification and practice parameter guidelines. 2.* ed. London: Springer, 2007.
84. Paranoid personality disorder — International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)
85. Paula , Martin ., *Gale encyclopedia of Medicine.* Gale reaches , In association with Gale group and look smart, www.findartcles.com,1999.
86. Payne , R.W., *Cognitive abnormalities* , (eds) in H,J., Eysenck*Handbook of abnormal psychology : an experimental approach* , London, pitman medical pub co , pp. 193-261 , 1968 .
87. Payne , R.W., Matussek , P., & George , E.I., *An experimental study of schizophrenic thought disorder* , Journal of mental science , 105,pp.627-652 , 1959.

88. Perris , c., *Cognitive therapy with schizophrenic patients* , New York : Guilford press, 1989.

89. Phelan., Michael., Wright., Padraig., Julian Stern., *Core psychiatry.* Philadelphia: Saunders. ISBN 0-7020-2490-2 ,2000 .

90. Princeton- Wordent., *Delusions*, Retrvieved April,2011.

91. Raja.,M.Azzony,A.,LunbIck,L.,Religious *Delusion.* SchweizAech neuropsychiatry,151:22-9, 2000 .

92. Raja.,et al *Religious delusions are common symptoms of schizophrenia*, Retrieved 17 April 2011.

93. Rush ,A.J., Beck , A.T., *Cognitive therapy* , (eds) in Kaplan &Sadock , *Comprehensive Text book of psychiatry* , seven edition on CD room , 1996 .

94. Ryan,c,Teeple.Jason.P,Caplan.,Theodore,A.Stern., *Visual Hallucinations : Differential Diagnosis and treatment.* Prim Care Copanion J clin Psychiatry, 11(1):26-32,2009.

95. Sacks, Oliver ., Migraine. Berkeley: University of California Press. ISBN 978-0-520-05889-7, pp. 75–76 , 1986 .

96. semple,David., *oxford hand book of psychiatry* oxford press.2005.

97. Shivani, Chopra., *Delusional Disorder.* EMedicine,2011.

98. ScienceDaily.com. August 9, 2000. *Rare Hallucinations Make Music In The Mind,* Retrieved 2006-12-31.

99. Smith Ely Jelliffi., ed. (1915). *Journal of nervous and mental disease, Volume 42.* New York. pp. 30–31. Retrieved July 11, 2012.

100. **Tarrier**, N., Beckett ,R.,Harward ,S., *A trial of two cognitive –behavioral methods of treating drug resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients : outcome*, British Journal of psychiatry , 162, pp.524-532. 1993.

101. Terms in the Field of Psychiatry and Neurology. Retrieved -08-06,2010 .

102. Thompson, Andrea., (September 15, 2006). *Hearing Voices: Some People Like It*. LiveScience.com. Retrieved 2006-11-25.

103. Urbán, Péter., (2011). *Brainstem Disorders*. Springer. p. 173.ISBN 3642042023. Retrieved July 11, 2012.

104. Wiersma , D., Nienhuis , F.J., Sloof , C.J., Giel , R., *Natural courses of schizophrenia disorders : A 15 – year follow up of a Dutch incidence cohort* , schizophrenia Bull , 24 , p. 75-85 , 1998.

105. Winokur, G., (1977). *Delusional Disorder (Paranoia)*. Comprehensive Psychiatry, 18(6), 511. Retrieved March 17, 2012. fromhttp://journals1.scholarsportal.info.myaccess.library.utoronto.ca/tmp/

106. Wykes , T., Reeder , C., Corner , J., Williams , C., Everett , B., *The effects neuro cognitive rehabilitation on executive processing in patients with schizophrenia* , schizophrenia Bull , 25, pp. 291-307,1999.



نبذة عن المؤلف

الاستاذ الدكتور / احمد ابراهيم الباسوسي

المولود في ميت عقبة ، محافظة الجيزة عام 1959

حاصل على درجتي الماجيستير والدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي

من جامعة عين شمس

ويعمل استشاري بقسم الامراض النفسية بمستشفيات جامعة القاهرة .

والى جانب اسهاماته في الممارسات الاكلينيكية في مجالي الطب النفسي

وعلاج الادمان ، فان ممارساته البحثية والاكاديمية تجلت في العديد

من المؤلفات المنشورة في علاج الادمان ، والطب النفسي .

اضافه الى اسهاماته في الحياة الثقافية

ومجال الادب والقصة القصيرة ، ونشر المقالات والقصص في المجلات

المتخصصة والصحف المقروءة ، والالكترونية .

